

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-471982

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0914 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ntissa Med

Date de naissance : 01-06-1944

Adresse : Hay Zoulay Abdellah Rue 189 N°8 Casa

Tél. : 0522504492 Total des frais engagés : 103690 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : Youssef Aida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gastroentérologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 09/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-471982

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
			120 D	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/20	819,30
	07/08/20	217,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

عيادة الدكتور سهام حنانة

Médecine Générale

[Femme, Homme et enfants]

Diplôme d'échographie générale de la

Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



الطب العام
(نساء، رجال وأطفال)
دبلوم الفحص بالصدى
كلية الطب بالدار البيضاء
متابعة الحمل
تخطيط القلب

Casablanca, le :

10/07/2020

Goussef Aicha

Piascledine

2 / Nefrol

3 / Oefds 2

Carboae

Libraa

frimale + rona
gynoflora

الصيدلية العامة

هشام فاخر
الهاتف: 092028166
رقم 15
05 22 21 83 15

PIASCLELINE® 300MG

Boite de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



PIASCLELINE® 300MG

Boite de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

LOT 20033
EXP 02/2023
PPV 39.00 DH

Lot : 190739
A consommer de
préférence avant le : 11/2022
PPV : 79,50 DH

LOT: 19143 PER: 10/2022
PPV: 21,00 DH

LOT : 9274
UT. AV : 03-2
P.P.V : 45 DH 90

المرجو احترام وتكافة طبيكم

ع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين انشقي - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain ch

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : ICE : 001804547000040

Distribué par: ZENITHPHARMA
39, Zone Industrielle Tassila Imzazane
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUIMADI,
Pharmacie Responsable
AMM N° 395/17DMP21/NRC
PPV: 69.90 DHS

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

عيادة الدكتور سهام حنانة

Médecine Générale

[Femme, Homme et enfants]

Diplôme d'échographie générale de la

Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

Casablanca, le : 05/08/2015 : الدار البيضاء في

Youssef Aida



الصيدلية المغربية
مشتاق فاضل
ص.م. مولاي عبد الله
عين الشق - الهاتف : 05 22 21 83 83
INPE 092028166

80, w+1 / Gopri 4
68, w+2 / Angla 4
817.60

FPV 68DH80
PER 03/22
LOT J785

FPV 68DH80
PER 03/22
LOT J785

FPV 68DH80
PER 03/22
LOT 1596

المرجو إحترام وصفة طبيكم

باسمينة 1 شارع أمثالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : ICE : 001804547000040