

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

ditions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2135 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Med R QUIEGU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : R QUIEGU 7ed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-064038

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution

ODF		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de	
Prothèses dentaires		H				
		25533412	21433552			
		00000000	00000000			
		00000000	00000000			
		35533411	11433553			

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



W18-141911

DATE DE DEPOT

04.11.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2135

Nom & Prénom Mohammed RGUIEGU

Fonction : Retraité Phone : 0536501309

Mail HAY EL LAND AL AUS BO'ME Bouhlalim 82 oua.

MEDECIN Prénom du patient R GUIEGU Mohammed

Adhérent Conjoint Enfant Age 15-12-50

Nature de la maladie

R GUIEGU Mohammed

Date 03 NOV 2020

Date 1ère visite

Maladie polyarthralgias

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C1	C1	100

PHARMACIE Date 03/11/2020

Montant de la facture

83600

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

--	--	--	--	--



Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université montpellier en france



الدكتور وريمشي عبد الكريم
الطب العام
الفحص بالصدى
خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
والفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا

Oujda le 03 NOV 2020 : وجدة في :

Mr RGUEGUI Mohammed.

$$44,20 \times 2 = 88,40$$

Digital stome 18
64,50 $\overline{14p + 36}$ (02 hts)

pres
D i D N D O es ne (01,6) 18

$$84,00 \quad 14p \times 36$$

Allerg long (00,6) 18
 $\overline{14p 6}$.

836,00

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naïma BENLAÏ
Docteur en Pharmacie
1, Rue Sahnâl - Hay Andalous
Tél. : 05 36 50 60 55 - OUJDA

طبيب عام شرعي حلبة الطب الرباط
دبلوم السكري وفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا
زنقة الزهراوي طريق سيدى يحيى وجدة
التلف: 05 36 50 37 09

الهاتف : 05 36 50 37 09

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA
العنوان : 2, زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قابلة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة

Di-INDO® 25 mg

PPV 64DH50

30 comprimés dispe

EXP 09/2021
LOT 91018 1

LOT : 200271
UT AV : 02/2023
PPV : 84,000 H

Di-INDO® 25 mg
30 comprimés dispersibles



6 118000 031307

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

ALER-Z® 10mg

28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

DIFAL® 50 mg

Boîte de 30 comprimés

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349