

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004237

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071

Société : 51509

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 060108635

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04237

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				Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes										
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires											
01.11.10	CSACS		30 €	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACHE SAJUS 02 DEC. 2020 Tél. : 01 43 33 52 28 N° 92 2 019 732	02/12/20	92€35

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

[illegible]

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage 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° W19-557695

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6071 Société : retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALAOUI Mohamed

Date de naissance : 31.12.1942

Adresse : BOUSKOURA GOLF CITY Ville Vert - Im. 81A

CASABLANCA

Tél. 0601086655 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 4 / 9 / 2020

Nom et prénom du malade : 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) :

CENTRE MEDICAL SAINT-LAZARE
13 DE LA PEPINIERE
75008 PARIS

Tél : 01 58 22 90 00

Finess : 750012619

Docteur JEANSON Ariane

Paris, le 04/09/2020

Monsieur ALAOUI MOHAMMED

DIPROSONE 0,05% CR TUB 30G

1 à 2 applications 1 fois par jour en massage léger jusqu'à pénétration complète. Maximum 2 applications par jour.

BETADINE SCRUB 4% 125ML

1 nettoyage avec le produit dilué au tiers. Rincer soigneusement à l'eau.

AERIUS 5MG CPR 30

1 comprimé 1 fois par jour à avaler avec un verre d'eau.

4 tub
Voie plantaire
solette de
pied

ougle
ou yster
1 flacon

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

CENTRE MEDICAL SAINT-LAZARE
13 DE LA PEPINIERE
75008 PARIS

Tél : 01 58 22 90 00

Finess : 750012619

Docteur JEANSON Ariane

Paris, le 04/09/2020

Duplicata ne permettant pas la délivrance de médicaments

Monsieur ALAOUI MOHAMMED

DIPROSONE 0,05% CR TUB 30G

1 à 2 applications 1 fois par jour en massage léger jusqu'à pénétration complète. Maximum 2 applications par jour.

BETADINE SCRUB 4% 125ML

1 nettoyage avec le produit dilué au tiers. Rincer soigneusement à l'eau.

AERIUS 5MG CPR 30

1 comprimé 1 fois par jour à avaler avec un verre d'eau.

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

1

ONYSTER®

Urée/Harnstoff/Urea/Ureum/Ureja/Мочевина



10_g

10 mg

Loratadine Mylan

Loratadine Mylan

10 mg

Voie orale

Chorizque
1/2
bon



Mylan

15 x

15 comprimés pelliculés

TUBE
DE 30 g

BÉTAMÉTHASONE DIPROSONE.
BIOGARAN® 0,05 % crème

VOIE CUTANÉE

BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

VOIE CUTANÉE

TUBE
DE 30 g

BÉTAMÉTHASONE
BIOGARAN® 0,05 % crème

TUBE
DE 30 g

VOIE CUTANÉE

NOMBRE D'APPLICATIONS
PAR JOUR

DURÉE

LOT:

EXP:

S/N:

1384

08/2023

34-396730042154



BIOGARAN

BIOGARAN

NOMBRE D'APPLICATIONS
PAR JOUR

LOT:

EXP:

S/N:



26266747858026

C : 03400930055953