

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

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.

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.

ladie 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

Nº M20- 0000949

(5/13)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9571 Société : M1 = 9751

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

QUADRY AZIZ

Date de naissance :

10/10/1969

Adresse :

Maroc adresse

Tél. : 06 92 35 3004

Total des frais engagés : 06 92 35 3004 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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) :

SOINS ET PROTHESES D'ENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
VOLET ADHERENT		NOM :			Mme
DECLARATION N°		W18-403144			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-403144

DATE DE DEPOT

..... / /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme	
Nom & Prénom : QUAHID AILI			
Fonction : Phones :			
Mail :			
MEDECIN		Prénom du patient : AILI	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age :
Nature de la maladie		Date 07/14/00	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Lettre		250 MR	
PHARMACIE		Date 18-12-2000	
Montant de la facture		2670	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : * Tél: 0522 50 33 50	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : * Tél: 0522 50 33 50	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

*Dr. M'hamed KASIOUI
CABINET DE MEDECINE GENEVIÈVE TISSIR
52, Bd Mezouar
03245024017
Pharmacie Hay Rmila
182, Rue 22
Hay Rmila
Mme Chock
Tél: 0522 50 33 50*

*PHARMACIE HAY RAMILA
182, Rue 22
Hay Rmila
Mme Chock
Tél: 0522 50 33 50*

*LACHHEB Nabila * T*

valable 3 mois

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr Miloud KASSIOUI
CABINET DE C' DILOGIE
52 Bd Maâa - Casablanca Tissir

Certifie que Mlle, Mme, M. : Tél: 0522450239

Sarate Tissir
CASABLANCA
Fax: 0522450239

Présente

Quand Ali

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

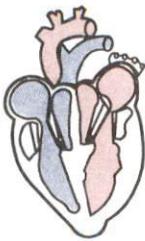
(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca



9751

CABINET DE CARDIOLOGIE



Dr. Miloud KASSIOUI
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Angers (France)

Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire

Ex Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca

Casablanca, le

Quatrième Année

361 026

Exposé le 16 octobre 2002



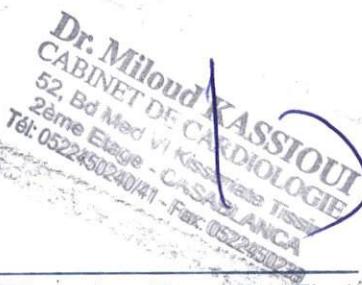
cycle n°
Chlorophylle



111

26.10.02

Well done



52, Bd Mohamed VI (Ex. Route Madiouna) - Kissariate Tissir
2ème Etage - Casablanca - Tél.: 0522 45 02 40 / 41 - Fax : 0522 45 02 39

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

112606-A17-MA



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

0044

des enfants.
informations
à la vente.

Emballage extrêmement durable ambiante (15-25°C).
à l'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

Comprimés pelliculés

~~EXFORGE HCT~~ ®

10mg/160mg/12.5mg

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333