

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *LACHEHAB NASAF A57213*

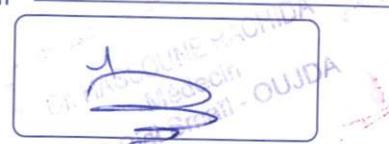
Nom & Prénom : Date de naissance : *1958*

Adresse : *BI CHOUHA DAELOT MIMOUNI NR13 OUJDA*

Tél. : Total des frais engagés : *91.000.000* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/03/2022*

Nom et prénom du malade : *NASAF LACHEHAB* Age : *1958*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030840

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 :

Déclaration de Maladie

M22- 0030840 *Conseil*

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
06/03/2023			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBN MASSALAH Dr Hassan II 05-36-69-02-25	08/31/2023	21600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). The teeth are arranged in a curve, with 1 at the mesial end and 8 at the distal end. Four arrows indicate directions: H (mesial), D (distal), G (buccal), and B (lingual). The teeth are numbered as follows: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the upper arch, and 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le : 06/03/93

Nom :

Age :

NATAT

LA STEP KAD

Pharmacie IBN MACHICH SARL
ش. صيدلية ابن مخيش
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda
Tél. : 05 36 69 02 25

5630

3990 x3

53 mg

1) - BIS 50 C ARD

5630

2) - D - CIBN MACHICH SARL

Pharmacie IBN MACHICH SARL
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda
tel. : 05 36 69 02 25

S2V

000 VI

mais

3) - Vitamine B

12

4000 riges en 145:3

S2V

Cachet

4) Histamine

216,00 CEP/5



Date de prochaine visite:

٥٠

بِيزوْكارد®

بِيزوْكارد®

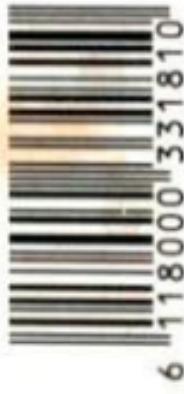
عن طريق الفم

٣٠

بِيزوْكارد®
بِيزوْكارد®

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331810

39,90

٥٠

بِيزوْكارد®

بِيزوْكارد®

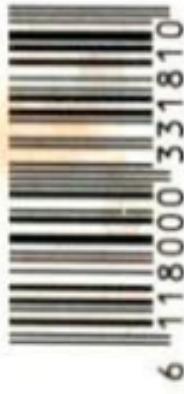
عن طريق الفم

٣٠

بِيزوْكارد®
بِيزوْكارد®

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331810

39,90

٥٠

بِيزوْكارد®

بِيزوْكارد®

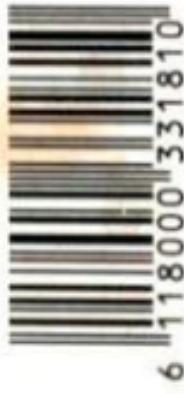
عن طريق الفم

٣٠

بِيزوْكارد®
بِيزوْكارد®

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 331810

39,90

HISTANORM. 10 mg

LOT 1000302
EXP 11/2023

PPV 400H00

comprimés 15

ANORM®
rimés 10 mg
000 032441

4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكسيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3

D-CURE® AMPOULE

6 118001320080



Solution huileuse buvable
 محلول زيتى للشرب

Ergo Maroc

Fabriqué par
SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
6-600 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

EXP: 02/2024
LOT: 22B23D
PPV: 56,30 DH