

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.

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

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° P19- 054654

60854

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDEZRAHIM

Date de naissance : 15 10 1955

Adresse : même adresse

Tél. : 06 74 03 4338 Total des frais engagés : 1320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  

Date de consultation : 19 03 2021

Nom et prénom du malade : Bettoui Fatima Age :

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

Nature de la maladie :

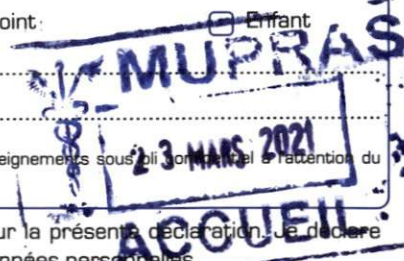
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 de maladie avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le : 23/03/2021


Signature de l'adhérent(e) :



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
19/03/21	CS		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/03/21	1320,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

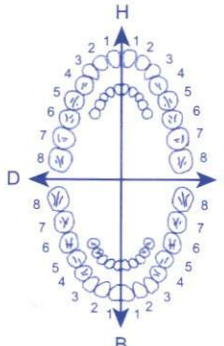
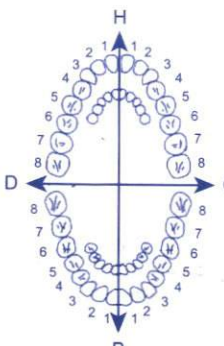
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز

Centre de Nephrologie Hemodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémoldialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid le : 19/03/2021

Belhoui FATIHA

4 x 20,00

1) Simbram Cp 9 Boite

4 x 34,60

2) Lasilex 40g Cp 4 Boite

581,00

3) Flex pen ^{inj} 1 Boite

28,80

4) Vitamexil fort Cp 1 Boite

172,20

5) Unolfa 1 ^{mg} 1 Boite

68,60

6) Hepanad Cp 1 Boite

55,00

7) Amoxil 1g Cp 1 Boite

Centre d'Hémodialyse
OULED HRIZ
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
Gsm: 06 22 61 62 51
Tel: 022 32 08 51 Fax: 022 33 40 11

96.00

8) Belmarol 2x6 2 Boite

9) Fermed 100yig 1 Boite.

HARMACIE
244 LOT
DEROUA
Dr Ohman
Tel: 85 22 33 94

Centre d'Hémodialyse
Dr. A. M. H. H. H.
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
115, L'Assommoir - Ouled Hriz - BORDJ
Gsm: 98 92 61 82 8
Tel: 0522 32 68 51 - Fax: 0522 32 68 51

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :



HARMACIE
244 LOT
DEROUA
Dr Ohman
Tel: 85 22 33 94

PPV: 55,00 DH
LOT: 644423
PER: 01/22

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV: 581 DH
8-9674-73-270-1
6 118001121298

LOT :
EXP :
PPV :

96.00

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMA
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 1 µg capsule
Boîte de 30 capsules

6 1180011200740
PPV: 172 DH 20

alfa® 1 µg*, capsul

68.60 DH

07/2023
M202F

Via delle
Importe et
Bel

PPV
LOT
PER

28,80

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E022
PER: 07 2024
6 1180001060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E020
PER: 05 2024
6 1180001060468

20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E023
PER: 08 2024
6 1180001060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
LOT : 20E020
PER: 05 2024