

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 canaux, 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 canaux.

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- 058392

ND: 40500

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6496 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAMIA M. HANID

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 : Bakri NADIA 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058392

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis										
				Fin de										



W18-140466

DATE DE DEPOT

16/09/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6496
Nom & Prénom		SAM SAM HAMID
Fonction		MECANICIEN
Phones		0665435143
Mail		
MEDECIN		Prénom du patient BAKI NADIA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age
Nature de la maladie		Date 07/09/2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite
Nature des actes		Nbre de Coefficient
Montant détaillé des honoraires		
PHARMACIE		Date 07/09/2020
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

MUPRAS
RECEPTION 9

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
Boulevard N°4 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

Docteur Houria EL MADMAD ABABOU

Neurologie Neurochirurgie

Electro - Encephalographie

Sur Rendez-vous



الدكتورة جورية المذمذم عبابو

إختصاصية في أمراض الرأس

جراحة الدماغ والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

بالموعد

Casablanca, le: 7.9.2020 في الدار البيضاء،

Une = BAKIZI NADIA

Betaxolol 1 cp x 2/j

41.80 Auto Gaudyl 40 1/2 cp x 2/j

35.70 Aprazolam 1/2 2 1/4

21.00 Valgine 1 cp

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc UN°4 Deroua
Tel: 05 22 53 20 83

17.700
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc UN°4 Deroua
Tel: 05 22 53 20 83

17, "Pasteur Build" Place Charles Nicole - 1^{er} Etage (Face à l'Institut Pasteur) - Casablanca

Tél. : 05 22 22 84 18 - Urgences : 06 61 31 11 14

E-mail : elmad-neuro@hotmail.com

Pharmacie PAVICHNEDEROVA
Bloc U N° 1 Deroua
Tel 05 22 53 20 23

78.00

BETASERC 24 MG
CP B30



6 118000 012641

MIGRALGINE®
18 GELULES



6 118000 040538

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

AVLOCARDYL® 40 mg

50 comprimés sécables



6 118000 010227

PPV: 21DH50

PER: 05/22

LOT: J1600

21,50

LOT 201644 1

EX 07 023

35,70 35.70

41,80