

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.

diologie 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.

tique :

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 canalaire, 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 canalaire.

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 P19- 058724

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société : 46851

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. CHAMMAM DR. R. LEGOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-058724

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 canalaire, 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 Montant des soins Date du devis Fin de	
		H				
		25533412	21433552			
	D	00000000	00000000			
		00000000	00000000			
		35533411	11433553			

(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	



W18-141258

DATE DE DEPOT

04.11.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 2135

Nom & Prénom MOHAMMED RGUEIGU

Fonction : Retraité Phone : 0530501309

Mail HAY EL AYAN ALOUIS B° M° BOUAFIA N° 82042

MEDECIN Prénom du patient YAMINA LAMRABTI

Adhérent Conjoint Enfant Age 1956 Date 03 NOV 2020

Nature de la maladie HTA + mal de tête

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C1 C1 100 Dh

PHARMACIE Date 03/11/2020

Montant de la facture

543.20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

AM	PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université montpellier en france



الدكتور عريمشي عبد الكريمه

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا

T: 543.20

Oujda le : 03 NOV 2020 : وحدة في :

Dr OURYEMCHI ADOUSSET

Lauréat du CHU de Rabat

Diplômé en Diabétologie

Echographie Université de Montpellier (France)

3 - OUJDA



Mme Yamina Lamrabat

$$45,00 \times 3 = 135,00$$

Prez ar 50 me

1 gel/j 03 hts

Pens



186,00 Dijprez ar 50/12,5

01 hts

160,70

+ GA BAMOX 300 mg



1 gel



52,00

+ Voltaren 500 mg

180 mg Opac.

62,50

= 206,10 15 mg



52,00

+ Lastryle 40 mg

الهاتف : 05 36 50 37 09



2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA
العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة

PREZAR®
Losartan 50 mg
14 comprimés pelliculés
sécables



6 118000 041078

PPV 45DH00
PER 11/22
LOT 12588-1

Gabamox 300 mg
30 gélules



6 118001 380183

Lot: 17348B
Per: 10/2021
PPV: 116 DH 70

PREZAR®
Losartan 50 mg
14 comprimés pelliculés
sécables



6 118000 041078

PPV: 45DH00
PER: 03/23
LOT: J782-1

Voltarène® 100 mg
10 suppositoires



6 118000 220169

LOT: M19045
EXP: MAR 2022
PPV: 52,00 DH

PREZAR®
Losartan 50 mg
14 comprimés pelliculés
sécables



6 118000 041078

PPV 45DH00
PER 11/22
LOT 12588-1

Mobic® 15 mg
Meloxicam
14 comprimés sécables



6 118000 040569

PPV: 61DH50
PER: 02/23
LOT: J596

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658

PPV 126DH00
PER 08/23
LOT J2202

Zadryl 10mg
15 comprimés enrobés sécables



6 118000 120148

52,00