

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 le remboursement, la 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

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhésion@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 - 7ème Etage - Angle Rue Mohamed El Kettani et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hippodrome Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-585797

49542

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8495		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : ESSALHI ABDELAZZIZ			
Date de naissance : 14.03.1965			
Adresse : 1000 TANGER			
Tél. : 0665 230516		Total des frais engagés : 150 + 381,- Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. HAMIDIA MEDICAL EXPERTISE Echographie 42, Av. Lalla Meryem Tel. : 0525 252 500	
Date de consultation : 10/11/2020	Age : 81
Nom et prénom du malade : LASSALHI ASSEL 813	
Lien de parenté : Lui-même	Conjoint
Nature de la maladie : Gauche	
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 : 10/11/2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT	N° W19-585797
Déclaration de maladie	30 NOV. 2020
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

RELEVE 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
10/11/2020				INP : 101072761 Signature : Dr. Madi Date : 10/11/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Madi, Béttana Tél/Fax 03 37 07 64 49 INP : 102061678 Centre Doukkala, Béttana-Sen	10-11-20		381,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

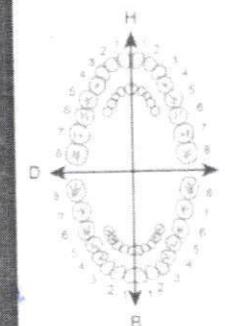
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
[Diagramme d'ODF]				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXÉCUTION []
				FIN D'EXÉCUTION []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXÉCUTION []

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21423584
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433751
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

Dr. HAMIDI M. Mahdi
Expert MEDECIN
Assermenté / France
Echographie Générale / Technique Sales
42 AV. Léon Blum - 33370 SAINT SEBASTIEN SUR L' ODESSA
Tél.: 05 37 26 25 28

Kc Arix

79,70x2

15,30

150,00



381,00

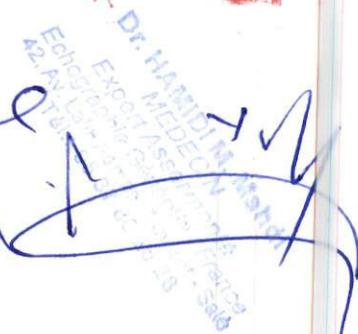
S/P Le 10/11/2010
ESSALhi ASL



Vit C

Zinc

SP



G. Amifam

Ni

SMB



AMM N° : 209/14 DMP/21/NNP.

106, Rue Prince Parrot, Casablanca, Maroc.
Les laboratoires ERGO MAROC

Importé par : ERGO MAROC

D-CURE® AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH

LOT: 20F24B

EXP: 06/2022

Vitamine D3

Cholecalciferol 25 000 UI

MCP210MA004118
26/03/2020

AZIX®

Azithromycine.

500 mg

Br. 9/11
Bri. 10/11

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2782

3 Comp
sécab

botrus

82, Allée des Casuarinas - Ain

S. Bachouchi - Pharmacie

AZIX®

Azithromycine.

500 mg

Br. 9/11
Bri. 10/11

PPV: 79DH70

PER: 10/23

LOT: J2782

3 Comp
sécab

botrus

82, Allée des Casuarinas - Ain

S. Bachouchi - Pharmacie

Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 10 comprimés effervescents.

AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Lot: I2569 Per: 10/23

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

ضعف الحيوية - النقاوة

فیتامین س 1000 ملغ
ٹھالپنیکا

من طريق الفم



أقراص
فوارثة 10

فیٹ میں 1000 ملے
10 اُپر اس فسوارہ

Lot N°/Date Per.:

35x35x85