

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

Informations 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 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 191 Société : 50562

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUALADA M'hamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537905162

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-04154

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 PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratique 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										
 DROITE 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 GAUCHE HAUT 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 BAS 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48					Montant des soins										
					Début d'exécution										
					Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
 DROITE 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 GAUCHE HAUT 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 BAS 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
		H G (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			Date du devis										
					Fin de										
VOLET ADHERENT		NOM : <i>ULADA M'HAMED</i> Mle <i>191</i>													
DECLARATION N°		W16-055916													
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes											
		<i>*1691,50 DH*</i>													
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle															



W16-055916

DATE DE DÉPÔT

.../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom OUALADA MIHAMED

Fonction: Retraité Phones: 0537205147

Mail

MEDECIN : Prénom du patient : Quillard M. Hervé

Adhérent Conjoint Enfant Age ; Date

Nature de la maladie _____ Date 1ère visite _____

H7A - Diabete - fukkate, fakun

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

12.10.2020 5 200g

PL

149 1.50

INRE : 102070414

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 37-7-1983 IRI - Hass

Désignation des Montant détaillé des Honoraires

Coefficients *so labat*

卷之三

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 

Nombre				Montant total des Honoraires
AM	PC	IM	IV	15.000
				15.000

ACQUERI

ACCUEIL

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Tunis 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V. : 298,00 DH

6 118001 050697

الدكتورة صلونج احيون افريط

40 زنقة عبد المؤمن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada, M'hamed

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

de 12. 10. 2020

4420 Diamicet 60
1820 19/j au je fl¹ 3me

10620x3 Cardura 8mg

320x3 19/j le moi fl¹ 3me

11380x3 Hypotens 1mg

300x3 19/j fl¹ 3me

Esidix 25 mg

30600x1 19/J fl¹ 3me

1830 19/J 3me
123,40

2220x3 Cardo asper 100

19/J fl¹ 3me

830 Madopar

1491,50/219 1/2 le vend fl¹ 3me

صيدلية مروحة حسان
pharmacie Sawmaat Hassan
Talib BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél. : 05 37 72 02 50

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Aspirine 100 mg/30cps
de acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
18001 090280

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT

40 Zankat Abdelmoumen
Tél. : 05 37 73 11 07 - RABAT

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



Exp :
N° Lot :

30,60



PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60



LOT : 200501
UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 200501
UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

LOT : 200501
UT AV : 03/2023
PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

PHARMACIE HASSAN
MR TAIEB BOUZIRI
1 RUE RIAD HASSAN
RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS: 1565475

N° ID.F.:

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 12/10/2020

FACTURE N°: 5808

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
2	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	213,40
1	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	106,70
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	MADOPAR 250MG/100 CP	298,00	7	298,00

TVA 7%: 65.29 Total : 1 491,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT ONZE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

Pharmacie Savmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 0537720250

LOT N°: 1272161 106,70
UTAV: 03 24 106,70
P.P.V:
09366003/5

44,70
24260030-02

LOT N°: 1272161 106,70
UTAV: 03 24 106,70
P.P.V:
09366003/5

44,70
24260030-02

LOT N°: 1272161 106,70
UTAV: 03 24 106,70
P.P.V:
09366003/5

78,70
24260060-02

LOT N°: 1272161 106,70
UTAV: 03 24 106,70
P.P.V:
09366003/5

78,70
24260060-02

هيبيريوم® ١ ملغ

ريلمينيدين

HYPERIUM® 1mg
rilmenidine

30 comprimés
30 قرصاً



استعمال قبل - **à utiliser avant :**

Lot n° - رقم اللعبنة -

هيبيريوم® ١ ملغ

ريلمينيدين

HYPERIUM® 1mg

rilmenidine

30 comprimés
30 قرصاً



à utiliser avant : -
يستعمل قبل : -

Lot n° -
رقم اللعبنة -

02 404 55 27