

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

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 P19-0048607

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3445 Société : SG626

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHADIJA EL HAPIBIA

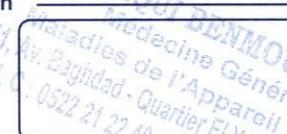
Date de naissance :

Adresse :

Tel. : 06.63.85.37.01 Total des frais engagés : 33 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/11/20

Nom et prénom du malade : KHADIJA Chabiba Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertonie Artérielle + Dépression

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) :

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
14/01/2023	✓		200,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
QH	14/11/20	892.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. LARAQUi BENMOUSSA Badia

الدكتورة العراقي بنموسى بدبيعة

Diplômée de la Faculté de
Médecine de Paris

Médecine Générale
& Maladies de l'Appareil Digestif

خريجة كلية الطب بباريس

الطب العام

CYSTINAT CP BTE 28
PPC : 104.00 DH
Ut Av : 03/2023 **Lot :** 0120103
IPHADERM

41 : شارع بغداد حي الياقوت - عين الشق - الدارالبيضاء - الهاتف العيادة: 05.22.21.22.49 / المنزل: 05.22.36.68.50

41, Bd. Baghdad - Quartier El Yacout - Aïn Chock - Casablanca Tél.: C.: 05.22.21.22.49 - D.: 05.22.36.68.50

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14.

640150MP/21/NRD P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591

PPV 340H70

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML 
P.P.V : 17DH70

6 118000 010548

Flacon de 200 ml

29,00

LOT 201162
EXP 04 2025
PPV 46,00
46,00

LOT:KE00016
PER:DEC 2021
PPV:193 DH 00

comprimés per
LOT:KE00016
PER:DEC 2021
PPV:193 DH 00

LOT:KE00016
PER:DEC 2021
PPV:193 DH 00