

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.

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

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



52965

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010967

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~CHARCERED~~ 8338 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAROUF NADIA Date de naissance : 18/03/1965
Adresse : 6016, lotissement Elbahi, Rantid Agglomération
Tél. : 0661170350 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 : Casablanca Le : 23.11.2020
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0010967

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).

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADIA EQ 3 Zone 3 Route d'Azemour Dar Bouazza - Casablanca	14/11/20	556,20
PHARMACIE BADIA EQ 3 Zone 3 Route d'Azemour Dar Bouazza - Casablanca	23/11/20	450,00 M

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 14/11/2020

57. ^{mp} ~~57~~ - HAZOUROU NASSIA

Digymone 500

1 cpx 381 (10 j)

196.50 +2

Sepcece 500

1 cpx 2 j (10 j)

49.70

Voltfast

1 sm x 381 (3 j)

T= 556.70

0661 081707

[Signature]
B. Hallaoui

PHARMACIE BADIA
520 Zone 5 Route d'Azemour
Oujda 34000 Casablanca

سيتيسين[®] 500 مع

سير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

196/50

2007/02/01
2007/02/01
2007/02/01

سيتيسين[®] 500 مع

سير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

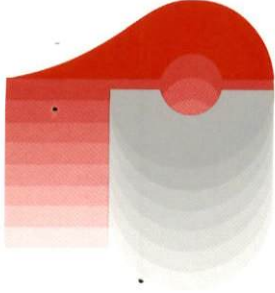
يجب احترام الجرعات الموصوفة

196/50

2007/02/01
2007/02/01
2007/02/01

ديسسينون[®] 500 ملغ
اطامسيلات

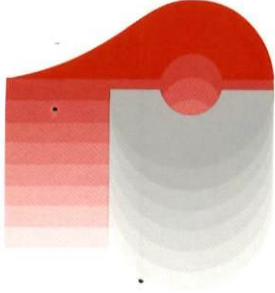
20 قرصا



0045

ديسسينون[®] 500 ملغ
اطامسيلات

20 قرصا



0045



Casablanca le : 23/11/20

Monsieur NADIA

196,50 x 2

- Sepcen 500 mg (2c / ij x 10j)

- Dicoryne 500 mg (3c / ij x 5j)

57,00

450,00

PHARMACIE BADIA
EQ 3 Zone 3 Route d'Azemour
Dar Bouazza - Casablanca

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 02/2023
LOT 90021 1

سيتيسين[®] 500 مع

سير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

196,50

Price : 196,50 / 2003
Date : 2003
Ref : 2003

سيتيسين[®] 500 مع

سير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

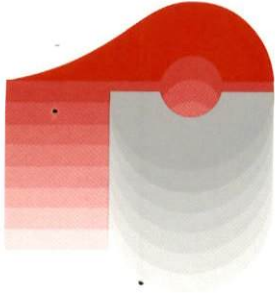
يجب احترام الجرعات الموصوفة

196,50

Price : 196,50 / 2003
Date : 2003
Ref : 2003

ديسسينون[®] 500 ملغ
اطامسيلات

20 قرصا



0045