

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.

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044381

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUROUI'S Hassania

Date de naissance : 30/10/1948

Adresse : 268, Bd Ziraoui N° 7 CASA

Tél. : 06 62 71 77 79 Total des frais engagés : 827,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUROUI'S Hassania Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

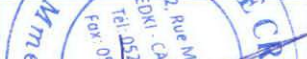
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le : 28/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

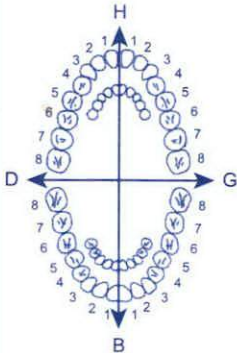
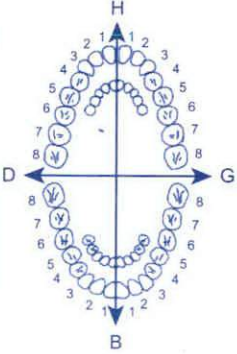
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/2020	822,00

[illegible][illegible]

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 l'OC

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: Dr. Abdelhak BOU ROUS

Certifie que Mlle, Mme, M BOU ROUS HORAMIA

Présente une Hypertension Artérielle - Hypertension

Nécessitant un traitement d'une durée de: longue durée

Hypertension, 112/75 mmHg, 120/80 mmHg, 130/85 mmHg

Dont ci-joint l'ordonnance: V. de l'ordonnance

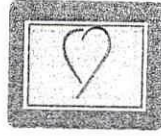
(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

عناية تشخيص واستكشاف أمراض القلب والأوعية الدموية Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France



الدكتور محمد السليمان السبتي
اختصاصي في أمراض القلب
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

Boulogois Hassan

4x 96,70 = 1's 78,80
- Hylocan 8 11,5 1's 11
62,40 1's
2x 35,70 1's 142,80
243,00 1's
Chemin 1, 1's

827,00

Dr. 1/7/2018

Dr. Abdesselam SEBTI
Cardiologue
53, Rue du T... (Toulouze)



33, زينة اليمن - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70

PH. CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

MME BOUROUIS HASSANIA

N° ICE 001727771000005

Le : 28/02/2020

FACTURE N°: 7215/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	HYTACAND 8MG/12.5MG B 30C	94.70	378.80
1	LOPRESOR 200 MG / 30 CP	62.40	62.40
4	KARDEGIC 160MG B 30	35.70	142.80
1	CRESTOR 10MG B 30CPS	243.00	243.00

Total : 827,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

HUIT CENT VINGT SEPT DIRHAMS



SYNTHEMEDIC22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH



6 118001 020881

SYNTHEMEDIC22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH



6 118001 020881

SYNTHEMEDIC22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH



6 118001 020881

SYNTHEMEDIC22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca**HYTACAND**

8 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

28DMP/21NRQ P.P.V: 94,70 DH



6 118001 020881



6118001030248

Lopresor Retard® 200 mgBoîte de 14 Comprimés
sécables

PPV: 62.40 DH

1807240 MA

LOT: 19E006
PER.: 04/2021**KARDEGIC 160MG**
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 9MA082
PER.: 01/2021**KARDEGIC 160MG**
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 19E002
PER.: 11/2020**KARDEGIC 160MG**
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70



6 118001 081189

LOT: 19E005
PER.: 04/2021**KARDEGIC 160MG**
SACHETS B30

P.P.V: 35DH70

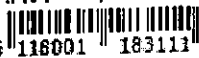


6 118001 081189

MapharKm 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 10mg cp peli b30

P.P.V: 243,00 DH



6 118001 183111