

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 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.

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° W19-504181

ND: 8778

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 1776			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Zouggabi RADIA
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		Adresse :	
		Tél. : 05661200384	Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<input type="text"/>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 31/12/2020			
Nom et prénom du malade : Zouggabi RADIA Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : En sang avec 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° W19-504181
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 :	

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
31/06/2020	C	2	INP : 1491037007	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA PAPILLON 109, Bd. Abdelmoumen Tunis - Tel: 0522 23 47 78	03/06/20	468,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches				

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا
Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتصفية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطبي بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

31/01/2020

Zanogodri Randa

45,00 dz

Zolirax Thrombostat

(S.V.)

1 fl x 21 jor N°2

74,00 + 44,80

Gelbo Sflanc

(S.V.)

1 fl x 3 jor

N°2

79,50 dz

Kalmafer

(S.V.)

1 fl x 2 fls

N°2

80,70

Kovafic 75 mg

(S.V.)

15 jor

34,60 dz

Lazix cp

(S.V.)

3 cp/jor

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Menjra
100, Bo. Abdelmoumen
Casablanca - Tel: 05 22 23 47 76

ID : 630417 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
6 118001141548

ID: 595049 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH
6 118001141548

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74,00 DH
6118001070393

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 24 doses
PPV 44,80 DH
6118001070886

Lot: 170186
A consommer de
préférence avant le: 04/2022
PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®
Boîte de 30 comprimés
KALMAGAS Cpr Bte 30
PPC: 79,90 DH
Ut av : Jun / 2020 Lot : 150234
Lot : MEDIPRO
A co avant le :

NARDEGIC 75MG
SACHETS B30
LOT : 20E008 P.P.V : 30DH70
PER : 06 2021 6 118000 061847

LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT : 19E009 P.P.V : 34DH60
PER : 10 2023 6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
LOT : 19E007 P.P.V : 34DH60
PER : 09 2023 6 118000 060468