

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 ALQ :

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° M20- 0008648

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres (57833)

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed R. GUICOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0536501309 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° M20-08648

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 PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												



W18-141730

DATE DE DEPOT

27/01/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135
Nom & Prénom		Mohammed RAGUIGU
Fonction :	Retraité	Phones : 0536501309
Mail		HAY ELANALOUS Bd M. ELBOUHLALI 1912 OUD
MEDECIN		Prénom du patient LAMRABTI Yamina
Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant	Age 65 Date 1956
Nature de la maladie		Date 1ère visite 26-01-21
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		NON
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C 2		13000
PHARMACIE		Date 26/01/21
Montant de la facture		58920
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date MUPRAS
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	0 2 554 2001	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

الدكتور وريحي عبد الكريم
طبيب عام خريج كلية الطب الرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصنفي
من جامعة مونتبولي فرنسا
2 زهرة الزهراوي طريق سبي سبي
06 66 66 66 66

pharmacie AL-HIDAYA
Mme Naima BEN ALI
Docteur en Pharmacie
1 Rue Sanaï - Hay Arsalou
Tél : 06 66 66 66 66

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de

l'Université Montpellier en France



الدكتور أوريمشي عبد الكريم

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الفحص بالصدى
من جامعة مونتيليه بفرنسا

وجدة في : 7 6 Janv 2021

Mme LAM RABTI Yamina

$78.70 \times 3 = 236.10$

(SV)

Glucosamine L M 60 g

1cp / 2x / j (02 bnts)

$84.80 \times 3 = 254.40$

Prézar 50mg

(SV)

4cp / j

03 bnts

99.40

Traitement de 03 m

- Cloxiline 250 x 25 01 bnt

(SV)

58990

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naïma BENALI
Docteur en Pharmacie
Rue Sanabil - Hay Andalous
253005455

الدكتور أوريمشي عبد الكريم
طبيب عام خريج كلية الطب بالرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
من جامعة مونتيليه بفرنسا
2 زنقة الزهراوي طريق سيدي محمد وجدة

Tél : 05 36 50 37 09 : الهاتف

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous Oujda

العنوان : 2, زنقة محمد زغراوي, طريق سيدي يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس, وجدة

PPV: 84DH80
PER: 09/23
LOT: J2491-2

PPV 84DH80
PER 11/23
LOT J3037-2

84.80

PPV 84DH80
PER 11/23
LOT J3037-2

84.80

PREZAR[®] 50mg 
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PREZAR[®] 50mg 
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PREZAR[®] 50mg 
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

78.70

SERVIER MAROC 
DIAMICRON[®] 60 mg
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC 
DIAMICRON[®] 60 mg
60 comprimés



6 118001 130153

SERVIER MAROC 
DIAMICRON[®] 60 mg
60 comprimés



6 118001 130153

78.70

78.70

PPV: 99DH40
Lot n°: 195864/1
EXP: 04/2021

Ceroxim[®] 250mg 
Boîte de 10 comprimés



6 118000 380108