

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W19-599014

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 30625		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FATH EL HAJ EL HASAN			
Date de naissance : 31/07/79			
Adresse : Maroc			
Tél. : 0661223562		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/12/2020			
Nom et prénom du malade : BEBC FATH EL HAS YAZAN Age : 41			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ASB31 de la Césarienne			
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 : 10/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT N° 2021	
Déclaration de maladie N° W19-599014	
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 : 30625	Nombre d'adhérent(e) : 600 + 330
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
15/12/2022	SV2		600,00 Dhs	INP : 0916091274 M. EL HACHEMI AMAR D. DR NEJAR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOCRATE Chantimar 2 Casablanca Tel: 522 94 81 10	19/11/20	3301.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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 : <input type="text"/>
				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			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

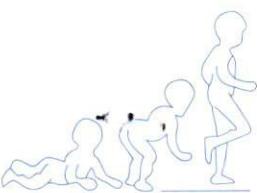
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إخلاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسة عند الطفل

(L0) 201823

Casablanca le: 19.12.20

البيضاء في

EXP 07 2023

PPV 26 40

POIDS:

26,40

TAILLE:

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la
notice
NIVEAU 1

PC:

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Lot : EAT005
PER : 01/2023
PPC : 29,00 DH



6 111249 830014

Nom: FATH EL-HAJ ♂



1) TOBREX® collyre fl / 5ml(0.3%): gte

1 gtte 4 fois par jour 5 i-

PTISPRAY
LC : 1907032
EXP : 07/2022
PPC : 131.00 DH

2) SOINS DE L'OMBILIC

Septi spirit Spray + LUSINE 2%: après chaque

3) PHYSIOMER® SPRAY NASAL :

Lavage des narines avant chaque tétée.

4) KONAKION 2MG® SOL BUV BTE : 5 AMP.

1 ampoule à boire 1 fois par

1 ampoule = 0,2 ml =
2 mg phytomenadione (vitamine K1)

BOTTU SA
PPV : 44 DH 70



4 260095 681805

5) ABCDERM change intensif

1 application après chaque change

lait 1er Age NOVALA.

شارع الزرقطوني الطابق الرابع، الرقم 12 . (قرب سوق الورود) 20140 الدار البيضاء
72, Bd Zerkouni. 4ème Etage, N°12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca
Tél : 05 22 47 45 72 - G.S.M : 06 61 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma

ARMACK CRATE
Rue Ibbou M. 72
Haut Extent
Tél : 05 22 47 45 72
Kenza
antimar2

GTIN
EXP
Lot
MFD
SN

(01) 04260095681805

01 2023

F3037F03

01 2020

830028139949130



Scanning this barcode with a mobile device will take you to the product page on www.samsclub.com.