

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006964

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société : 69775
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOUN
Date de naissance : 06/07/50
Adresse : Cas
Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 851,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS
Date de consultation : 02/05/21
Nom et prénom du malade : BEN RIMME ROSE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 : Cas Le : 04/05/21
Signature de 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
20/03/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WIDAD'S PHARMACIE Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib Sinaceur Casablanca - Anfa Tél: 0522.94.20.29	03/05/21	351,80

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	

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

Le praticien est pri

30 comprimés - قرص 30

30 comprimés - قرص 30

Important :

Veuillez joindre les

VTE: MA - PPV: 51DH00

VTE: MA - PPV: 51DH00



SOINS DENTA

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

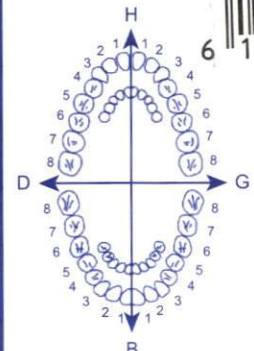
Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00

VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



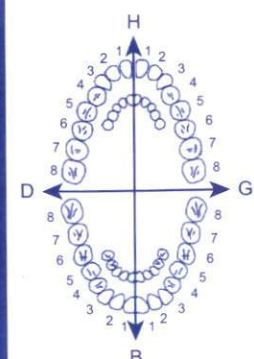
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION
MASTH

Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil® 500 mg
تاڭانيل 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

TICIEN ATTESTANT L'EXEC

45,20

45,20

45,20

45,20

38,80

PPV: 14

PER: 09

LOT: J2

PPV: 14

PER: 09

LOT: J2

Docteur LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصاصي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

Bouknadel, le 30/03/2021 في بوقنادل

→ 17^{me} REPARATION RASA

Sx
- Glucophage 800
1 - 1 - 1
- TANGAVIL 800
1 - 1 - 1

03 mois

$45,20 \times 5 = 226,0$

$51,0 \times 9 = 459,0$

- Taxel sip (2 flacons)
1 c a 53,

38,80

- Doliprane 1000 (3 boîtes)
1 c 3, 1000 mg

28,0

751,80

WIDAD'S PHARMACIE
Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib
Sinaceur Casablanca - Anfa
Tél: 0522.94.20.29

Docteur LAKHSSASSI Ali
Médecine Générale
Echographie
Bouknadel - Centre
Tél: 0537 82 20 05