

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- 0052917

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : 72138

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEZAGUI Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : / 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.



Declaration de Maladie

N° W19-476643

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2948 Société : RETOATE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LEMZAOUI MOHAMMED

Date de naissance : 1948

Adresse : SIDI AYAI BP 3032 LAPOSTOLLE FARAH SETTAT

Tél. : Total des frais engagés :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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° W19-476643

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

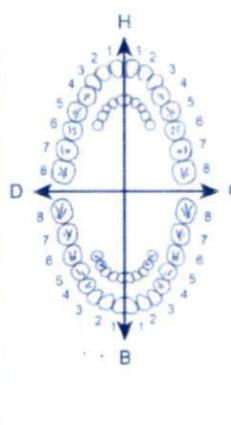
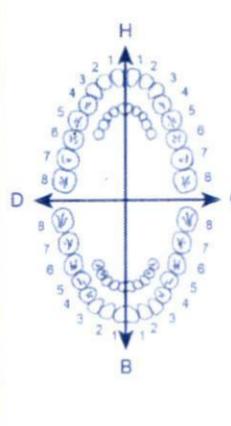
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI ELAYDI N° - Sidi ELAYDI Tél : 0523 72 25 48	12/07/19	933,40

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES													
<div style="font-size: small;">Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</div>													
<div>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'</div>													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px;"> </div>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>									
MONTANTS DES SOINS <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													
DEBUT D'EXECUTION <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													
FIN D'EXECUTION <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-family: monospace; font-size: x-small;"> <div style="margin-right: 10px;">H</div> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="margin-left: 10px;">G</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: -10px;"> <div style="margin-right: 10px;">D</div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100%;"></div> <div style="margin-left: 10px;">B</div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>									
MONTANTS DES SOINS <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													
DATE DU DEVIS <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													
DATE DE L'EXECUTION <div style="float: right; width: 80px; height: 30px; border: 1px solid black;"></div>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/10/2019

Dr. Lemzani Med

1) Coplavia 5/100
1cp / le matin

101.8 x 3
2) Coversyl 5mg
1cp /jr le matin

65.40 x 3
3) Biprol 10mg
1/4 cp /jr

4) Tahor
1cp /jr le soir

150.40 x 3
5) Vastarel 35mg
2cp /j (1-0-1)

T = 93.40
6) Kovalis 100mg
1cp /j
à prendre 3 mois



Les Laboratoires Servier - France
 SERVIER MAROC
 Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
 Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

VASTAREL® 35^{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
 60 Comprimés pelliculés



101,80

101,80

VASTAREL® 35^{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
 60 Comprimés pelliculés



101,80



Les Laboratoires Servier - France
 SERVIER MAROC
 Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
 Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

VASTAREL® 35^{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
 60 Comprimés pelliculés



10 مغ

بوليمديك

BIPROL® 10^{mg}

30 Comprimés pelliculés
 sécables



6 118001 200825

BIPROL® 10^{mg}

30 Comprimés pelliculés
 sécables



6 118001 200825

10 مغ

بوليمديك

30

قرصا امبلا
 قابلا للكر

عن طريق الفم