

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUMLAHLA Lahoucine

Date de naissance :

09/07/1953

Adresse :

Lot S/ Abdellah Ben Ali Rue 29 N° 60

CP : 10000

Tél. : 06335292 00

Total des frais engagés : 997 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Voir déclaration
de maladie chr.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age :

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 : CASABLANCA

Le : 04/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Pharmacie Al Motahida

31,rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane
Aloulfa,casablanca-Tél.:0522895602

Patente N° : 36036700

R.C: 331308

ICE: 00500250000015

Casablanca le : 04/05/21

Facture N°: 20

Fait pour: *Boum Zainig laha*

Produits	Quantités	Prix Unitaire	Total
Kardegic 75	02	30,70	61,40
Nshig 107	03	157,10	471,30
Taney 80	03	131,50	394,50
			1477,20

Facture arrêtée à la somme de :

*Neg cent vingt sept
et Sept*

Signature et cachet de pharmacien



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131,50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131,50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131,50 DH

PPV :
EXP :
Lot n° :
15310

PPV :
EXP :
Lot n° :
15310

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
LOT : 20E013
PER : 06/2022
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30
LOT : 20E013
PER : 06/2022
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

PPV :
EXP :
Lot n° :
15310

valable 3 mois

Le 04.10.2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Boujemaa Regg Laâyoune

Présente Candopate 150mg

Nécessitant un traitement d'une durée de :
Suivi régulier au cabinet
de consultations

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) Fenug 80mg - Nolip 10mg - Kardigik 75mg

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

(Handwritten signature and stamp area)



مركز المدحيات

04/05/21 17:13:18

9900301657

93016501

PHARMACIE AL MOTAHIDA

CASABLANCA

Casablanca

A0000000041010

APP : Mastercard

LAHOUCINE BOUMZAIRIG

*****7135

04/26 CARTE NATIONALE

1BF9773DFB9FC5F7

220-0-9999-1-55

MONTANT:

927.20 MAD

NUM TRANSACTION : 002

NUM AUTORISATION : 795015

STAN : 000490

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER

COPIE CLIENT