

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.

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.

Prothèse :

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- 0037152

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAICH ABDELIAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661390944

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/21

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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° M21- 0037152

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 : 10363

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/04/21			628,11	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA MONAOURA Dr. Aouatif HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Rue de la Liberté, 101	16 AVR 2021	1129,10

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

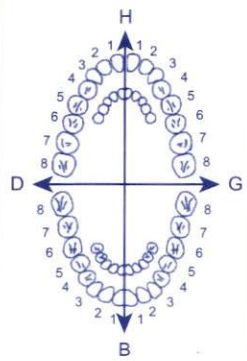
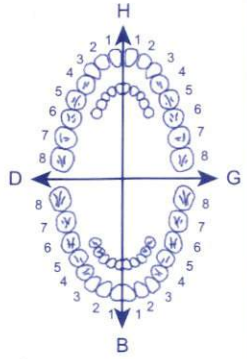
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

الدكتورة خديجة الشرقاوي زهواني

اختصاصية أمراض السكري و أمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا للمركز الجهوي

الأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

16 - 4 - 21

me NOUARY Samira

9x10,40

mot famille W (S.V)

46,70

2x 20 - Zylane (S.V)
1/5

3x60,00

medivano 600 (S.V)

37,00

1/5 - Duot (S.V)

24,30

150x 200 (S.V)
MI 5

70,50

LOT 201065
EXP 04/2023
PPV 75.00DH

LOT 201065
EXP 04/2023
PPV 75.00DH

6 118000 340065

6 118000 340065

100, Résidence

النفقة - الدار البيضاء

Casablanca Sur Rendez-vous

الهاتف: 34-GSM: 06 31 89 60 35

3x20,90 vit D3 Bon (S.V)
200 000 p/3m

3x23,40 brother 50 (S.V)

5x6,80 lev-ty 21 (S.V)
y et di 3

5x22,80 Aspe que 100 (S.V)

2x75,00 Kalest 20 (S.V)
15/5 no 2

3x50,70 (S.V)
25 3mm

PHARMACIE AL MADINA MONAORA
Dr. Aouatif HAMOUN
Lot. EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - Tél: 0522 53 94 01

500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
37,00
44,30
عقار 20 قرصا

1129,50

Contenu net: 150 ml
Lot: 201008
A consommer de préférence avant le: 10-2023
PPC: 79,50DH

PHARMACIE AL MADINA MONAORA
Dr. Aouatif HAMOUN
Lot. EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - Tél: 0522 53 94 01

LOT: 20E019
PER: 10 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E016
PER: 07 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E016
PER: 07 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E016
PER: 07 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E020
PER: 10 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E018
PER: 09 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E020
PER: 10 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E016
PER: 07 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E016
PER: 07 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V.: 10DH40
118000 062127

LOT: 20E007
PER: 09 2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
118000 061113

LOT: 20E009
PER: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
118000 061113

LOT: 20E011F
PER: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
118000 061113

LOT: 20E011F
PER: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
118000 061113

LOT: 20E011F
PER: 05 2022
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 21DH80
118000 061113

LOT 202697
EXP 11 2023
PPV 60,00 60.00

118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

LOT 202699
EXP 11 2023
PPV 60,00 60.00

118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

LOT 202848
EXP 11 2023
PPV 60,00 60.00

118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 100859
Co **Cardensiel 2,5mg B30**
C **PPV: 50,70 DH**

LOT 202594
EXP 10 2024
PPV 46.70 DH
6 118000 022268

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 100859
Cor **Cardensiel 2,5mg B30**
C **PPV: 50,70 DH**

6 118001 100859
Com **CARDENSIEL 2,5mg B30**
C **PPV: 50,70 DH**

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH