

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

ntaire :

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

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 caractére 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

Nº M21- 066959

83697

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Ned Reggane

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 : YA NINA 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-66959

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des soins
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

O.D.F.
Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire

D	25533412	21433552	H
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	G

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



W18-141259

DATE DE DEPOT

08.10.9.../2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 2135

Nom & Prénom M. HAMMAD R GUIEGU

Fonction : Retraité Phone : 053.650.13.09

Mail HAY EL ANAHLA DS. Rue M. BOUHLALI 82.000

MEDIGIN Prénom du patient LAMRABJI Yamina

Adhérent Conjoint Enfant Age 1956 Date 07 Sept 2021

Nature de la maladie Date 1ère visite

Diabète + HTA

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

NON

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
G		150 Dh

PHARMACIE Date 07/09/2021

Montant de la facture

53860

ANALYSES - RADIOPHARMES Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

R ACUEIL

NPE : 08200845

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale

Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université montpellier en france



الدكتور وريمشي عبد الكريم

الطب العام

الشخص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
و الشخص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا

Oujda le : 07 Sept. 2021 وحدة في :

Mme LAMRABTI YASSINA -

87000 = 17.40

≥ 5

- Diamine 60LN.

84.8004 = 1491ج (2605 مل 60cp)

≥ 5

- Prezair 50mg

1491ج (0465 630)

≥ 5

- Omiz 20mg

28cp

≥ 5

1491ج

11 53860

الدكتور وريمشي عبد الكريم
طبيب عام - مساج حلبة اطباء الرباط
دبلوم السكري و الشخص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا
زنقة الزغراوي طريق سيدى يحيى وحدة
الهاتف : 05 36 50 37 09

Tél : 05 36 50 37 09 أهاتف :

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA
العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وحدة

PREZAR® 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV 84DH80
PER 02/24
LOT K570

PREZAR® 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PREZAR® 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PREZAR® 50mg

Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV 84DH80
PER 02/24
LOT K570

PPV: 84DH80
PER: 01/24
LOT: K244

PPV 84DH80
PER 04/24
LOT K1231

PPV 84DH80
PER 02/24
LOT K570

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés



6 118001 130153

78,70

78,70

42,00

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60mg

60 comprimés



6 118001 130153

Omiz 20mg
14 gélules



6 118000 092421