

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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- 066959

83697

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ned Requin

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 : Y. A. Ding 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553			
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis	
			Fin de	



W18-141259

DATE DE DEPOT

08/10/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	
Nom & Prénom <u>Mr. HAMMED RAHIGU</u>			
Fonction : <u>Retraite</u>	Phones. <u>0536501309</u>		
Mail <u>HAY EL ANDALOUS Rue Mohamed Bouhachem 82.000</u>			
MEDICIN		Prénom du patient <u>LAMRABTI YAMINA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1956</u>
Nature de la maladie		Date <u>07 Sept 2021</u>	
<u>Diabète + HTA</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Non</u>			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>G</u>		<u>150 dh</u>	
PHARMACIE		Date <u>07/09/2021</u>	
Montant de la facture		<u>53860</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ACCUEIL

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale
Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université Montpellier en France



الدكتور ورمشي عبد الكريم

الطب العام
الفحص بالصدى

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

وجدة في : 07 Sept 2021

Mme LAMRABTI YAMINA -

87.7022 = 17.40

- Diammon GOLT



84.8024 = 141j (04bts de 60cp)

339.2
- Pazar 50mg



141j (04bts de 30)

4200
- OMI 20mg

28cp



Ti 53860 141j

الدكتور ورمشي عبد الكريم
طبيب عام في كلية الطب الرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه بفرنسا
2 زنقة الزهراوي طريق سيدي يحيى وجدة
الهاتف : 05 36 50 37 09

Tél : 05 36 50 37 09 : هاتف

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous Oujda

العنوان : 2, زنقة محمد زغراوي، طريق سيدي يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة

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

PREZAR[®] 50mg 
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables

6 118000 041627

PPV 84DH30
PER 02/24
LOT K570

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

PPV 84DH80
PER 04/24
LOT K1231

PPV 84DH30
PER 02/24
LOT K570

SERVIER MAROC 
DIAMICRON[®] 60mg
60 comprimés

6 118001 130153

SERVIER MAROC 
DIAMICRON[®] 60mg
60 comprimés

6 118001 130153

Omiz 20mg 
14 gélules

6 118000 092421

78,70

78,70

42,00