

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.

Pathologie 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.

Orthopédie :

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 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

77086

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03566

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOU RADI NEF JALAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-65825

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 PROTHÉSES 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 travaux																		
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48																						
HAUT																							
BAS																							
ODF		Détermination du coefficient masticatoire																					
Prothèses dentaires		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48</td> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>D</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>				DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G			D	00000000 35533411	00000000 11433553		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					
DROITE	12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48	H	25533412 00000000	21433552 00000000	G																		
		D	00000000 35533411	00000000 11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																							



W18-341191

DATE DE DEPOT

25.10.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3566

Nom & Prénom MOURADI MED JALAL

Fonction : Retraite Phones. 0661131384

Mail mmouradi.58@pme-mail.com

MEDECIN

Prénom du patient

MOURADI MED JALAL

Adhérent Conjoint Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

11 OCT 2021 C S

Nbre de Coefficient

1

Montant détaillé des honoraires

25000

PHARMACIE

Date 03.10.2021

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

0

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATION CARDIO - VASCULAIRES

Dr. Abdelkhalek CHOULADI CARDIOLOGUE

Spécialiste Maladie du Coeur et Vaisseaux
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
Diplôme de Cardiologie Adulte et Pédiatrique

Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris.

Diplôme d'Echographie - Doppler Coeur & Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي

الدورة الدموية وارتفاع الضغط الدموي

خريج كلية الطب بيارات

الكشف بالأمواج فوق الصوتية و الصدى للقلب

Casablanca le : ، ٢٠٢١

الد

303

MEMORANDUM

Amherst - 170

3.27.20

2 x 136.60

356.30

120 117 7.5

MACIE DES HABOUS
FIOUJ Mounia
Victor Hugo
CASABLANCA

UT.AV : 1.122 136.60
LOT N°: 128331 136,60

09366130/3

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
B.P.V. : 27.70 DH

Bayer S.A.

6 118001 09028
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH

Bayer S.A.

AMlor® 5 mg 
56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

AMlor® 5 mg 56 COMPRIMÉS

6 118000 250012

090280 | ٠٩٠٢٨٠ | متجر الرياض - الدار البيضاء - الهاتف: ٠٥٢٢ ٤٤ ٤٩ ٤٩ / ٠٥ ٢٢ ٤٤ ٣٥ ٣٩ | ٥٥ Rue Mostapha El Mââni - (en face Centre Riad) - Casablanca - Tél: ٠٥ ٢٢ ٤٤ ٤٩ ٤٩ | ٠٥ ٢٢ ٤٤ ٣٥ ٣٩

09366130/3