

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.

Diagnostique 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- 0018846

☐ Maladie

☐ Dentaire

87660

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 209 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Saadia Bourouza

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : oulga Rue 151 MR 33 GR "K" casa

Tél. : Total des frais engagés : 2443,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2019

Nom et prénom du malade : SAADIA BOUROUZA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HDA

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) :

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
05/10/21	CS2+ECG		250,00	
06/10/2021	exble			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HOUARI CHAYMA Docteur en Pharmacie 2-224 Bd Oued Boukaya El Oulfa lanca - Tel: 0522.90.51.13 002291220000071	05/10/21	2193,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

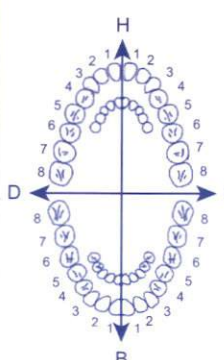
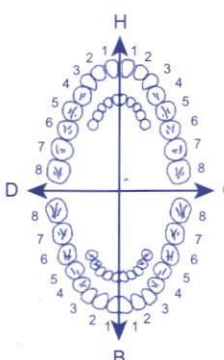
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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'EXECUTION

تخطيط القلب - فحص بالصدى للقلب وتشخيص الأوعية بالدوبلر - تسجيل الضغط الدموي والقلب 24 ساعة - اختبار الجهد

Dr Chaymaa HOUARI

اختصاصية في أمراض القلب لدى الكبار والصغار

Médecin Spécialiste en Maladies Cardiovasculaires

Ben Rne2 A seadi's

2180 x 2
 294,00 x 3
 157,10
 36,00 x 3
 13,40 x 4
 58,10 x 3
 255,00
 47,00 x 1

1/ A...
 2/ ...
 3/ ...
 4/ ...
 5/ ...
 6/ ...
 7/ ...
 8/ ...

Casablanca - Tél: 0522 91 51 11
 00229122000007
 091204534

حي الزيفه - شارع أم الربيع - قرب "مختبر كريم لاب" رقم 37 الطابق الأول الدار البيضاء

Lot. EL Oulfa, Bd Oued Oum Rabii en face du Laboratoire " KARIMLAB " G/P N° 37, 1^{er} étage Casablanca

Tél. : 0522 90 64 47 - Fax : 05 22 90 65 78 - Email : centrecardiohouari@gmail.com

$$T = 2193,50$$

Lot.: 20K943
Exp.: 11/2023
PPV: 255DH00

LOI: 06221070
PER: 03/2026
PPV: 47.90DH
47.90

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
LOT : 21E002
PER.: 12 2022

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80

6 118000 061113

Lot n° :
EXP :
PPV :

Lot n° :
EXP : 157,10
PPV :

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/3
PPV: 58,10 DH

Lot n° : 157, 110
EXP :
PPV :

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

LOT PVC:198.00DH
C139
2024-05
CNK 3259-850
3 401020 354451

REV. : 2021/01/C

LOT : 2284
UT. AV : 07-23
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 2284
UT. AV : 07-23
P.P.V : 36 DH 00

LOT : 2284
UT. AV : 07-23
P.P.V : 36 DH 00

6 118001 1020 3
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58.10 DH