

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.

Radiologie 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 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

La 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-659342

06148
couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1480

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retrait

Nom & Prénom : LAATI GUI MOHAMMED

Date de naissance : 01.07.1950

Adresse : BVELAAGH REBEL ABBES
M'dah BENIDRAR OUJDA

Tél. : 06 73 87 12 54 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR EL HASSANI Benali
CARDIOLOGUE
18 Bd. Youssef Ben Tachfin
Tél : 05 36 70 22 85 - OUJDA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.10.2021

Nom et prénom du malade : LAATI GUI Nergane 1954

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie Hypertensive

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 : OUJDA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/10/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE 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 |
| 13/10/21 | Card | | | INF : 03110330921 |
| 16/11/21 | Card | | | Dr EL HASSANI Ben Ali CARDIOLOGUE |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|---|
| PHARMACIE BADR ILAS BELMOSTATA L'Art en Pharmacie Badr. BENI DRAR TEL: 05.36.65.03.03 | 13/11/2021 | PHARMACIE BADR ILAS BELMOSTATA 33340 03.31.6.03.03 |

ANALYSES - RADAR GRAMMIES

AUXILIAIRES METALLIQUES

RELEVE DES RAS 4 HOMBRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



Oujda le : 13/03/99 وحدة في :

Renfol Lohf m 147 20
23,60 X 2 = 47,20
Cenioflex 60

Doryla

53,80 X 2 = 107,60
Dolylne

58,10 X 2 = 116,20

Cervantier

84,80 X 2 = 169,60

Prezol 60

53,00

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMOUSTAFA
Dr. en Pharmacie
ZENI DRAR
5.03.03

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMOUSTAFA

LOP. Dr. en Pharmacie
TÉL: 05 36 65 03 03

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMOUSTAFA
Dr. en Pharmacie
16,62 URRD
10, Bd. Youssef Ben Ali
TÉL: 05 36 70 22 85 - 4
INPE: 081.053092

53,00

LB,60



6 118001 100873

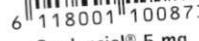
Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

PPV 84 DH B0
PER 05/24
LOT K1475



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

LB,60

091520 1122
PPV 23 DH 60