

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.

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.

Prothèse 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

MUPRAS No M21- 073820
RECEPTION 9
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres
101057

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1730 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMID BEN JADID
Date de naissance : 1952
Adresse : Lot EL WAFIA H30 DEROUA
Tél. : 0663 23 9384 Total des frais engagés : Dhs

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 : DE ROUA Le 20 / 01 / 22

Signature de l'adhérent(e) : HAMID BEN JADID

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 travaux <input type="text"/>																				
				Montant des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>																					
			Fin d'exécution <input type="text"/>																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	P 17 / 0066845	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17 / 0066845

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1790	
Nom & Prénom HAMILOU BENDAOU			
Fonction RETRÉ	Phones 0663239394		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient HAMILOU ZAKIA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1963	Date 26/11/21	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Diabète a GOUTROPÉ			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		300 DA	
PHARMACIE	Date 26/11/21		
Montant de la facture	2077,50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		2377,50	

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 26 / 11 / 21 الدار البيضاء في

Mme HAMILOU ZAKIA

REGIME SANS SUCRE

ODIA 2

1 comprimé

le matin

JANUMET 50/850

1 comprimé

midi et soir

LEVOTHYROX 100

1 comprimé

le matin

LEVOTHYROX 25

1/2 comprimé

le matin

TRAITEMENT DE 3 MOIS

BANDLETTE A GLYCEMIE CONTOUR PLUS 1 BOITE

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Oods, Rés les Rosiers, Appt 121
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

TSVP

69.60 x 2

D CURE FORTE

1 ampoule



1 fois par 15 J / 2 mois

1 ampoule

1 fois par mois/ 2 MOIS

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Apt 121
Ain Chock, Casablanca - Tel : 0522 870 890

PHARMACIE EL LOUMOUMA

244 l'enseigne el yassa

207 3 10
0522 233.20.54

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

LOT 211878-2
EXP 07 2024
PPV 78.10 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

LOT 211878-1
EXP 07 2024
PPV 40.00

PHARMACIE EL OUMOUMA

Dr Rouba Essoubi

0522532054

244 Lotissement el wafaa, Deroua

Facture N° FAC-2165

Date : 13/12/2021

Produit	Qté	P.U	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	01	75.00	75.00

Total : 75.00 DHS