

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.

Education :

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

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° P19-0048404

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2858 62

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

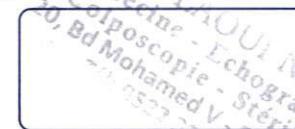
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/22

Nom et prénom du malade : MOUSTAID LADDA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cardio / myome / Diabète

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

N° P19-048404

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 :

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
MS	C	1	180,00	Dr RIBALI Médecine / Colposcopie / Endoscopie / Radiographie Dr Mohamed V. Berrechid Tél: 022.989.007

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHATII Sidi Rabeb Chaffi, 2ème Tranche Lot 1 Tél.: 022.989.007	10/04/22	632,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

ACABAO

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Dr. Najat RIBLAOUI
Ancienne Medecin des Hôpitaux de France
Echographie
Colposcopie
Stérilité
Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid
Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريلاوي نجاة
طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا
الفحص بالصدى
المذار لعنق الرحم
العقم

شارع محمد الخامس - برشيد
الهاتف : 05 22 33 70 61

10/01/22

ORDONNANCE

38^o mijéoleum (ml)



1 ml le soir

104,70 x 2 = 209,40

TRICOF-tyl 10g n°2



108,00 x 3 = 324,00

Aullev

100 gr
100 g

n°3



27,00

Vallain (ml)

52,00

632,40

DR RIBLAOUI NAJAT
Medecin des Hôpitaux de France
Echographie
Colposcopie
Stérilité
Infertilité
20, Bd Mohamed V - Berrechid
Tél. : 05 22 33 70 61

صيغة الشاطر
Pharmacie CHATI
Sidi Rahel Châbi, 2ème Tranche Lot 2
Tél. : 022.969.007

Zaytun

علبة من 3 بوليفيات

عن طريق المهبل

N° AMM :
243/16 DMP/21/NRQ

MYCOPHARM® 150 mg
3 ovules

LOT : 08121005
PER : 01/2023
PPU : 38,00 DH



104,30

104,30

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 19182
PER : 07/2022
PPU : 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 19182
PER : 07/2022
PPU : 102,00 DH

AMM N° : 570/17 DMP/21/N

LOT : 19182
PER : 03/2022
PPU : 102,00 DH

LOT : M21093
EXP : MAY 2024
PPU : 52,00 DH

LOT : M20193
EXP : OCT 2023
PPU : 27,00 DH