

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Médecine 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.

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° M20- 0003016

102786

MUPRAS
RECEPTIONS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4674

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HAMOUCHE MOHAMED

Date de naissance :

01-06-1959

Adresse :

Coop EL MAFIA N°81 Découq

Tél. :

0660049827

Total des frais engagés : 814,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2022

Nom et prénom du malade : HAMOUCHE MOHAMED Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÈRE!

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Le : 03/02/2022

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
03.02. 22	INLE	067260.600	100.000	DR. BOURIN Mouvement cardiaque échocardiogramme Le Marquart 39 1er étage - Paris 01 22 51 47 67 - 06 33 94 88 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. S. BENJELLOUN 194, LÉON NAIR N°4-DEROUA TÉL: 05 22 51 47 02 INPL : 06 32 20 00	03/12/22	LA PHARMACIE REGIONALE Dr. S. BENJELLOUN 194, LÉON NAIR N°4-DEROUA TÉL: 05 22 51 47 02 F.L.L. 7.1.22 50623 07

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 et de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. ROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

- Echographie
- E C G
- Suivi de grossesse
- H T A - Diabète
- Médecine de travail



د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

le 03-02-22

Mr HANOUCH ملائم.

279.00 x 2

1)

Augment 95

2 capsule(j)



LOT : 1007
UT. AV : 05-23
P.P.V : 71 DH 00

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

99.3

Nexine 100 mg

2 g x 2(j)



LOT:
EXP: 04/186
01/25
PPC: 99,90 DH

Vit. Eta

2 g(j)

T: 714190

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

الهاتف: 09 47 67 - 06 33 94 88 09
Tél: 05 22 51 47 07

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

ID:647332
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
6 118001 141654

ID:647332
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH
6 118001 141654