

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

Opticien :

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° M21- 080259

106207

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10153

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nahrani LE KLOIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LE KLOIR 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
DROITE	12 13 14 15 16 17 18				
HAUT	21 22 23 24 25 26 27 28				
GAUCHE	31 32 33 34 35 36 37 38				
BAS	41 42 43 44 45 46 47 48				

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412 21433552	
D	00000000 00000000	G	00000000 00000000	
	35533411		11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

--	--	--

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-068747	
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



W16-068747

DATE DE DEPOT

19/01/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 10153

Nom & Prénom : *Marhoun Lekbir*

Fonction : *Manager* Phones : *06.662.03.635*

Mail : *louadifouad@gmail.com*

MEDECIN Prénom du patient : *Louadif Fouad*

Adhérent Conjoint Enfant Age : *40 ans*

Nature de la maladie : *colite Néphritique + HTA*

Date 1ère visite : *19/01/22*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances : *non*

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

<i>C</i>		
----------	--	--

1124,40

PHARMACIE Date : *19/01/22*

Montant de la facture

1124,40

ANALYSES - RADIOPHARIES Date : *19/01/22*

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

INPE 092037217

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : *19/01/22*

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV	
----	----	----	----	--

MUPRAS

ACCUEIL

INPE 092037217

INPE 092037217

INPE 092037217

INPE 092037217

INPE 092037217

INPE 092037217

San

Docteur BEN JELLOUN

A. Med Fouad

Médecine Générale

Ex. Médecin Chef du Centre de

Santé de Sidi Allal Bahraoui

Bd. EL QODS ADDAMANE

GH 06 IM. T 35 APPT. 1 INARA 1

Portable : 0663 68 12 69

B : 0633 33 25 33

الدكتور ابن جلون

ع. محمد فؤاد

الطب العام

طبيب رئيسي سابقا

بسيدى علال البحراوى

شارع القدس مجموعة الضمان

1 الشقة 1 الإنارة 1 GH 06

الخمول : 0663 68 12 69

0633 33 25 33 ..

Casablanca, le 19.01.2024 الدار البيضاء، في

OT: 210512
DUO: 12/2024
99,00DH

1 - TARTHOUR Lekbir
50,90

OT: 210507
DUO: 10/2024
99,00DH

Aciptran

130/

2 - Profenid 8/10

41,70

135,00 x 1

3 - EXFORGE 5-8/80-

99,00 x 3

4 - Relaxium 186

40,40 - 149 le 80ml

5 - Pretospanix
149 x 31f

NOVARTIS
P.P.V : 195,00 DH

6118001030583

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

6118001030583

EXFORGE ○

5mg/80mg

28 comprimés pelliculés
PPV : 195,00 DH

OT: 210512
DUO: 12/2024
99,00DH

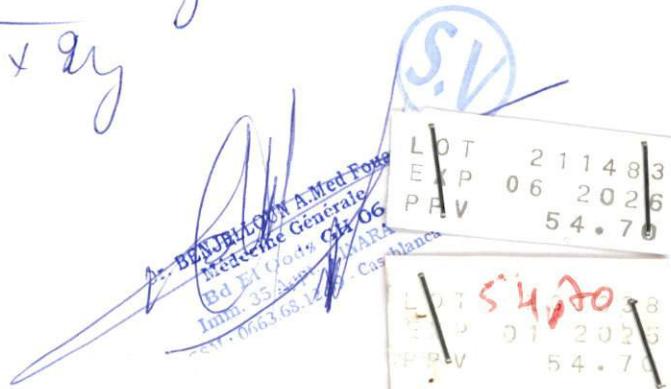
Distribué par COOPER PHA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6118001 1002

6- Relevé Vaine jute 54,70 x 2

Type + Ry



~~T: 1124,00~~

PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif
CASABLANCA
Tél: 0522 25 71 07
I.F: 40477366 - T.P: 35774611

s molles
e 300 mg
ca