

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.

Orthopédie :

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

Reclamation : 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- 0007489
RECEPTION 110953

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10511 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : J.B.A.R.I. F.I.R.I.D.

Date de naissance : 21/12/1957

Adresse : LOT. O.N.A. 1-219 DCAR.

Tél. : 06 53 42 11 35 Total des frais engagés : 569,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : DZARAGA Le : 01/04/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/04/22	CS+ECO		1250,00€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. AEFIN 125, LOI REMP 05 22 51 93 55	01/04/22	319,70

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 ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Berrechid, le :

Berrechid le : 01 avril 2022

Mr. JBARI FARID

REGIME PAUVRE EN SEL

34,60 LASILIX 40 MG

2 Cp - 1 Cp - 0 pdt 3 jours

puis 1 Cp - 1 Cp - 0

28,40 KALIEFF

1 Cp Eff X 2/J pdt 3 jours

Puis arrêt

87,50 NÉBILLET 5MG

1/2 Cp - 0 - 1/2 Cp

23,60 CARDIOFLEX 100MG

1 Cp/J à midi

57,70 ALDACTONE 50 MG

1/2 Cp/J à midi

87,90 MONMAG B6

1 GEL/J le soir

TOT = 319,1

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

LASILIX 40MG
20CP SEC

PER: 05/2025



6 118000 060468

9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



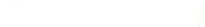
9 118000 030300



9 118000 030300



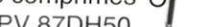
9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



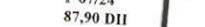
9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300



9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300

9 118000 030300