

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019684

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 129782
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0019684

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 :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis									
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de									



W18-141259

DATE DE DEPOT

09/09/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2135

Nom & Prénom MOHAMMED RGUIEGU

Fonction : Retraité Phones : 536501309

Mali HAY ELANDALAU B. BOUHLALI N° 82000

MEDECIN

Prénom du patient RGUIEGU M

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age 15-12-1950

Date 9 AOUT 2022

Nature de la maladie

Podalgie

Date 1ère visite

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

Non

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Cs

1

250,00

PHARMACIE

Date 09.09.2022

Montant de la facture

200,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires



AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

CABINET DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE

Dr. Abdellatif BOUSLIKHIN

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien Spécialiste
Chirurgie des Os et des Articulations



الدكتور عبد اللطيف بوسليخين

خريج كلية الطب ببوردو
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل
الكسور وتقويم العظام

Oujda le : 9 AOUT 2022 - وجدة في :

لحمى RGUIEGU 7

99,00

Ivatonus



Stat 20,7
Gelule 15

60,90

Flanix 15



Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naima BENLALI
Dentiste en Pharmacie
1, Rue Benali - 34000 - Oujda
Tél : 05 36 60 60 60
INPE : 052005455

40,80

14 di - 14 di

Ketorol Cel Fenac



20070 Tubz 2 app

Pharmacie AL HIDAYA
Mme Naima BENLALI
Dentiste en Pharmacie
1, Rue Benali - 34000 - Oujda
Tél : 05 36 60 60 60
INPE : 052005455

دكتور عبد اللطيف بوسليخين
DR. ABDELLATIF BOUSLIKHIN
جراح العظام والمفاصل
Chirurgie Orthopédique & Traumatologie
Oujda 05 36 71 00 71



100, شارع علال بن عبد الله (أمام سينما باريس) - وجدة - الهاتف: 05 36 71 00 71

100, Av. Allal Ben Abdellah, (face au cinéma le Paris) - Oujda - Tél : 05 36 71 00 71



3 160929 904012

FLAMIX[®] 15 mg
14 comprimés



6 118000 071648

Fenac[®] Promopharm 1%
Gel dermique
Tube de 50 g
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240389

GR106 0525
LOT PER
Prix 99.00

lux Actifs N.



LOT 223075
EXP 02/24
PPV 60DH90

40,80

LOT 20005
PER 11/23
PPV 40DH80