

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 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

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



Déclaration de Maladie

M23-0015342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

186396

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *BL Bettah Henia*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZBIRI Fatima
Médecin Généraliste
VISITES MÉDICALES DU PERMIS DE CONDUIRE
Imm. 8 N° 2 Zone D Chabab Ain Sebaa
Casablanca - Tél. 0522.74.69.36

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *BL Bettah Henia* Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Diabète*

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.

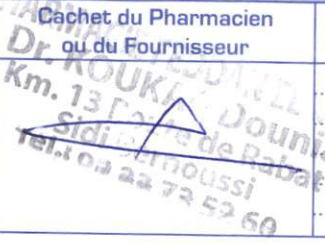
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le détail des Actes
14/11/2018	S		1500 HT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/2018	631,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

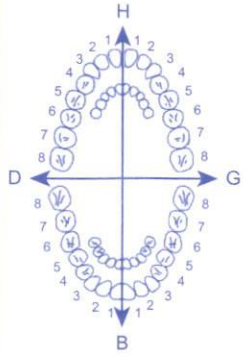
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

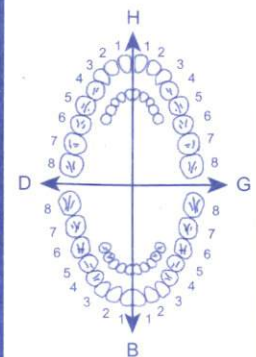
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZBIRI FATIMA



الدكتورة ازييري فاطمة

Médecin Généraliste

ECHOGRAPHIE

MICRONUTRITION

الطب العام

الفحص بالصدى

التغذية الدقيقة

14-11-2023

El Bettah - Henna
Diamina 60 (3ht)

app /
- glu copine 100 (3ht)

148 x 4
- ludo 10 (3 ht)

148
- n. ludo 160

320 x 10
- ulko ludo app 14 x 3 /
15

631.50

Dr. ZBIRI Fatima
Médecin Générale
Imm. 8 N° 2 Zone D
Résidence Chabab Ain Sebaa
Gsm 05 22 74 69 36 / Casablanca

Dr. ZBIRI Fatima
Médecin Généraliste
VISITES MÉDICALES DU DIMANCHE DE CONVOIRE
Imm. 8 N° 2 Zone D Chabab Ain Sebaa
Casablanca - Tél. 0522.74.69.36

PHARMACIE
Dr. KOUMAR Jounia
Km. 13 Route de Rabat
Sidi Belyoussi
Tél. 05 22 74 69 36

EXP. صالح لحد:

01/26

Fab. صنع:

01/23

BIODIEX MAROC PPV 38 40 DH

ULTRA-LEVOR 750 mg.
10 sachets



6 118001 310036

28,00

28,00

28,00

LOT: 3110
PER: 06-25
P.P.V.: 58 DH 30

PPV: 71,60 DH
LODOZ 10/6,25 mg.
Comprimés pelliculés B/30



7862160249

Glucophage®
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,70

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

24260006-02



6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 71,60 DH

11/2027
6010XB

11/2027
6010XB

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 71,60 DH



7862160249

242600060-02

28,70

242600060-02