

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.

Prothésiste :

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

Dhésion 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

N° P19- 0041547

N° : 11564

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2698

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUMZAI RYAD La Houcine

Date de naissance : 02/07/1953

Adresse : 105, S/ABDELLAH MAHANE Rue 29 N° 60

OUFA

Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : 1270,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie

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 : CASA

Le : 09 DEC. 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/13	240,83

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 l

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Mr Boumazigh
LATHOUFINE

316,00DH
①

Plavix 75

1905

Montpellier Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. SABRY Mohamed
Cardio Interventionnelle

3070,00DH
②

KAREG 80

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 300DH/UT
6118001061847

131,50DH
③

1515

KAREG 80

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 131,50 DH

157,10DH
④

1910

WOLFR 80

6118001030316
TAREG 80 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 131,50 DH

astastine
LOT : 197049 EXP : 06/21
PPV : 157DH10
⑤

LOT : 197049 EXP : 06/21
PPV : 157DH10

de 03
Montpellier Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. SABRY Mohamed
Cardio Interventionnelle



Pharmacie Al Motahida

31, rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane
Aloulfa, casablanca - Tél.: 0522 89 56 06

Patente N° : 36036700
R.C : 331308

Casablancale

Facture N° : 2848

Fait pour : 1^{er} Bemzajig Yahoua

Produits	Quantités	Prix Unitaire	Total
plan 275	02	316.-	632,-
Kondijli 275	02	30.70	61.40
Taneg 10	02	131.50	263,00
Nolix	02	157.10	314.20
	08		1270.60

Facture arrêtée à la somme de :

Quatre mille deux cent soixante huit
et vingt et une dirhams

Signature et cachet du pharmacien

31 Rue 36 lotissement Sidi Abderrahmane
Aloulfa, Casablanca - Tél. 0522 89 56 06
Pharmacie Al MOTAHIDA

valable 3 mois

Le 02/12/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Pr SABRI Mohammed

Certifie que Mlle, Mme, M. : BACHIRZAIA LAHOUSSINE

Présente *Cardiopathie ischémique*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

plavix 75 1cp/15 - KARDENIC 75 15g-
TALEG 80 1cp/15 NOLIP 10 1cp/15

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

