

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Honneur
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-778911

144879

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13420 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OLA BARDAMOU

Date de naissance : 30/01/1993

Adresse : Rue Ibnou Tadjal les hôpitaux Casablanca

Tél. : 06 62 34 41 04 Total des frais engagés : 853,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed EL GHISSASSI
Dermatologie - Vénérologie
53, Résidence le Minaret
Rue Aman, 5ème Etage - Rabat
Tél. : 05 37 72 20 32 / 72 82 68

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2019

Nom et prénom du malade : OLA BARDAMOU

Age : 26 ans

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

Nature de la maladie : ALERGIE

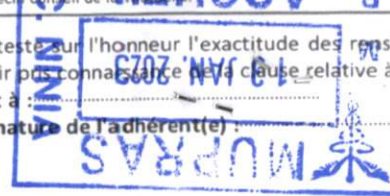
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 04/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
11/12/2022		1	3000	INF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TONTONVILLE 33, ALLES DES CYGNES TONTONVILLE Tél: 05 20 98 72 50 / 16 CASABLANCA	31/12/2022	553,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

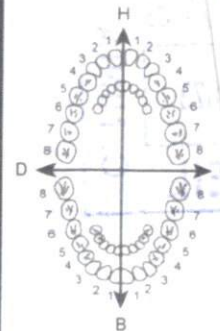
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

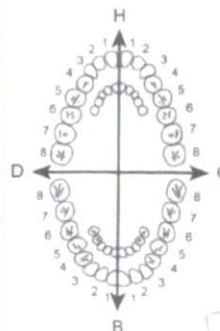
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Diane -35
Acétate de cyproterone / Ethinylestradiol
21 comprimés enrobés
Bayer S. A.
6 118000 170563



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN DE

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



LOT : 2142
UT. AV: 08 - 25
P. P.V: 34 DH 70



PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025



PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

DE

UTION que.

CIEN A

LOT: 0063
PER: 09-24
PPC: 78.50 DH

SSASSI

ologie

الدكتور أحمد الغساصي

اختصاصي في أمراض الجلد و الشعر
و الأمراض التناسلية

Rabat le 41/12/00 في الرباط

flr MARRAKH

52,10

① MARRAKH

PHARMACIE TONTONVILLE
33, ALLES DES... TONTONVILLE
CASABLANCA
Tél: 05 22 66 03 DR

26,50

② MARRAKH

78,50

③ FOLIVIT

96,50

④ FOLIVIT

52 0 x 1

⑤ In di amil 757 121-22

PHARMACIE TONTONVILLE
33, ALLES DES LYCES TONTONVILLE
CASABLANCA

Tél : 05 37 72 20 32

49,60 x 02

⑥ 1/1 Cn tr pr

LOT N°:

EXP:

PPV:

2,10

PHARMACIE TONTONVILLE
33, ALLES DES LYCES TONTONVILLE
CASABLANCA
Tél : 05 37 72 20 32

89,20

⑦ K ETO 007 R M

39,70

⑧ D'pmlz

Gk. Wnblt

T = 553,00

f. Ahmed EL GHISSA
ermatologie / Vénérologie
53, Résidence le Minaret
le Aman, 5ème Etage - Ra
tl.: 05 37 72 20 32 / 72 82

Maphar
Bd Alkhalifa N° 6, Qi,
Sjt. Bernoussi, Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

6 118001 181490