

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

M22- 0039322

155821

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMJID

Date de naissance : 09.01.1930

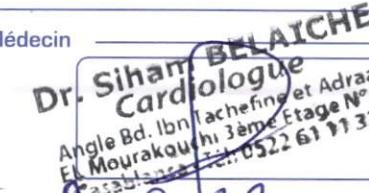
Adresse : COOP ALICHTRAFI 21 Sidi Mouaouf

Tél. : 0698335457

Total des frais engagés : 532,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18.07.2023

Nom et prénom du malade : HALMONY ABDELMJID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ACFA

DR

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

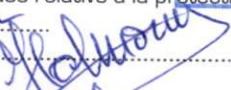
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03/03/23	S + ECG	300 DH		<i>Dr. Siham BEAUCHAMP Cardiologue Angle Bd. Ibn Khaldoun et Avenue Mourakbouch 2ème Etage N° 5 Téléphone : +216 52261133</i>

PHARMACIE ALIZDIHA EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

REARMAHARAJA
Date

1987-07-27

Montant de la Facture

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

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, a

LOT: 10917
PER: 12/2024
PPU: \$9.00

LOT: 230074
DLUO: 01/2024
69,000H

ACTIPETIT SP 200ML
PPC : 94.00
Ut Av : 03/2025 Lot : 2208805/1
IPHADERM

A standard linear barcode is positioned at the top of the label, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

A large, empty rectangular box with rounded corners, drawn in blue ink, intended for a child to draw or write in.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



د 18/3/23

Hamdy Abd Elmjid

- Angioplasty
 - X-ray CT
 - Cardiomegaly
 - D9.00
 - D10.00 = 1 year
-

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
(فوق أسيما و BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 61 11 33

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakuchi, Résidence Fatima Zahra II 3ÈME étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33

PHARMACEUTICAL INDUSTRIES
DISTRIBUTOR
DISTRIBUTOR
DISTRIBUTOR
DISTRIBUTOR

69,00

~~Docteur~~ ~~docteur~~

10-05-28

96,00

Actipelit

10-05-28

232,00

DR. **SETHAM BELAICHE**
Cardiologue
Annie Bld. Ibn Tachefine et Avenue
et Mouradouchi, 3ème Etage N° 5
Casablanca - Tél. 0522 611133

PHARMACIE
TOULOUSE
A. L. TAKI
TEL. 05 61 43 35 19
INSEE 02 00 00 49

MAR. 18 2023 11:10
,D= AGE=

AC,DERIVAT

HAC MONO
ABDOMEN

