

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

A 86158

Déclaration de Maladie : N° P19-0007250

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2207

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

N° AZIZ BACHIR

Date de naissance : 04/08/1957

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0664.074.077

Total des frais engagés : 533,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور صريف عبد الله
Dr. DARIF Abdellatif
طبيب اختصاص في أمراض القلب والشرايين
Mawada, 10th floor, 2nd floor, 10th floor, Casablanca
Mawada, 10th floor, 2nd floor, 10th floor, Casablanca
10th floor, 2nd floor, 10th floor, Casablanca

Date de consultation :

LAHROOB ZOTRA Age : 28/06/13

Nom et prénom du malade :

LAHROOB ZOTRA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DMI Auger

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 : 12/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

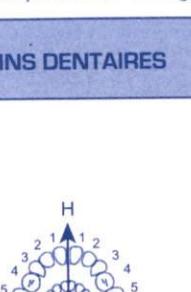
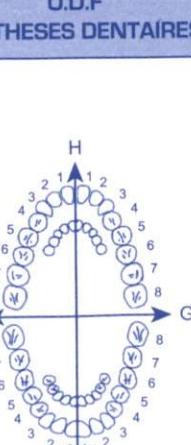
Ri

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
23/06/2013	CSC f CCO		300,00	DRARIF Abderrahmane En Cardiologie et l'Hyperthyroïdie Appt 8 Bldg 7 62 94 - GSM : 0664 41 22 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
11/cees	23/11/23	233,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	

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'ODF.																	
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
		COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/>	
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
			<input type="text"/>														
			<input type="text"/>														
			<input type="text"/>														
			<input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Cabinet Dr DARIF

ECG

Nom : LAHROUB ZOHLA : Female

Female

Age 1

Clinique N :

Section :

SN : 0034056

Case No. :

Date : 23/11/2023 18:4:20



الدكتور داريف عبد اللطيف
Docteur DARIF Abdellatif
طبيب اختصاصي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط الدموي
Docteur Spécialiste en Cardiologue et l'Hyper tension Artérielle
Dr. Mawada, 1imm A, Appt 8, Bd Ibn Tachfine-Casablanca
T/Fax : +212 52 82 94 - (Ingenierie)

Signature Medecin :

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اخصاصي
في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

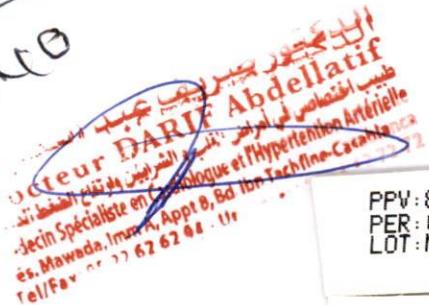
Casablanca, le

13 NOV 2023

Mawada Imm

8610	Dolicon 90	0-10
9900		0-0
2100	unfor	0-0
2100	libran	0-0
2700	Ahmarr	0-0

233,40



PHARMACIE BLLOC "C"
Rue 2 N°116 Bloc (C)
QAI Qods Sidi Benoussi
Casablanca

PPV: 86DH40
PER: 07/26
LOT: M2379

Lot/A consc de préférén MA
11030 07/26
LOT PER
Prix 99,00

LOT 23062 PER 04/202
PPV 21.00 DH

27,00
LOT: 00923001
PER: 02/2028
PPV: 27,00 DH