

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

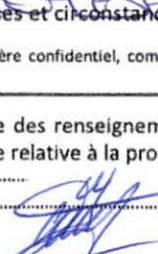
Déclaration de Maladie

N° W19-474902

N° D:
14 296.



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	06445	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	GOURTY LHASSANE
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	01/01/64		
Adresse :	N° 31, Rue des orangs Ain Selman Casablanca		
Tél. :	0654339113	Total des frais engagés 1436,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Zineb EL AHDODUI ENDOCRINOLOGUE DIABETOLOGISTE 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubaï - Casablanca 202345			
Date de consultation :	24/12/2019		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme confidentielle 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 :	Conseil	Signature de l'adhérent(e) :	
 Hassan Gourty			
Le : 25/12/2019			
ACCUEIL			

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
12/09/2013	SS	3000 DT	INP : 0910000393	Zineb SIAJAH ANESTHESIE DIABETOLOGIE NUTRITIONISTE des Hôpitaux et Rue Casablanca 2245

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. B. A. Casanova</i>	21/01/19	136,80

ANALYSES - RADIOPHOTOS

AUXILIAIRES MEDICAUX

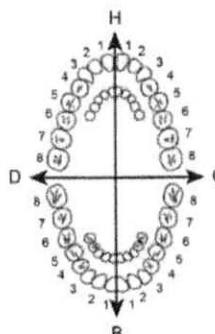
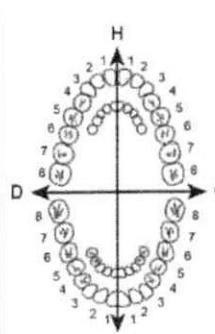
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000	G 21433552 00000000 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>	

valable 3 mois

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Goueli

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) fructose

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

Docteur Zineb SLAOUDIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux
et Rue Dubreuil - Casablanca
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

Docteur Zineb SI AQUI DIOURI
 ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 Ex. Enseignante à la Faculté de
 Médecine de Casablanca
 Dr. Rendez-vous
 Docteur Zineb SI AQUI DIOURI
 ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 Ex. Enseignante à la Faculté de
 Médecine de Casablanca
 Dr. Rendez-vous
 40, Avenue Rihab
 Rue Dubreuil
 Casablanca
 Tél: 02 23 45 / 05



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

FUNGILYSE® Crème
 PPV 30DH50
 EXP 03/2022
 LOT 93023 1

ablanca, le : 2 12 2019 الدار البيضاء، في :

name : Sowehi Ihsana
 TEL: 3000000000
 FUNGILYSE cream 30g x 1
 78,70
 40,70
 30,70
 matin 3més
 78,70x2
 157,40

DiATCOM 850 1800x6
 1800
 1000

PPV: 18DH00
 PER: 09-22
 LOT: I2193

PPV: 18DH00 PER: 09-22
 PER: 07-22
 LOT: I1609

Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 243,00 DH

Maphar
 Km 10, Route Côtier 111,
 Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
 Crestor 10mg cp pell b30
 P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
 disponibles

LUT 96002 5
 EXP 09/2021
 PPV 22DH40

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
 disponibles

PPV 22DH40
 EXP 10/2021
 LOT 98004 4

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
 disponibles

PPV 22DH40
 EXP 10/2021
 LOT 98004 4

des Hôpitaux (en face du pavillon 28) - CASABLANCA

diouri@gmail.com - ICE : 001697433000063