

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.

Prothèse :

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

éclamation : contact@mupras.com

prise en charge : pec@mupras.com

adhésion 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6.8.9.3. Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OUAFKI Said

Date de naissance : 31 RUE DES IRIS Beausejour

Adresse : 04/08/1959

Tél. : Total des frais engagés : 642,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MIFDAL Malika
Médecine Générale
36, Rue Koroufai Hay Ramm
(Beausejour) - Casablanca
Tél. 05 22 22 33 33

Date de consultation 22/05/2020

Nom et prénom du malade : Ouafki Said Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie atopique, Dermatose

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 : Le : / /

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
22/05/2020	C		15000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIE AL WOOROOD Coté des Forêt à coté de la Amman 22 30 04 30 - Lesblanca Patente:34808192 AL WOOROOD Coté de la Amman 22 30 04 30 - Lesblanca	22/05/20 22/05/20	431,80 60,35

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
		AM	PC	IM	IV	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Mifdal Malika

الدكتورة مفضل مليكة

Médecine Générale

الطب العام

36, Rue El Koronfol 1er étage App.2
Hay Raha (Beausejour)
CASABLANCA
Tél.: 0522.36.64.48

36، زنقة القرنفل حي الراحة (بوسيجور)
الطابق 1 الشقة 2 - الدار البيضاء
الهاتف: 0522.36.64.48.

CASABLANCA, LE 22/05/1920

Al-Quafi' Said

102,00 - Birodagyl

5.1

14,00 - Doliprane 1000
18x21

5

58,40 | Salupred 20
| 381j konti

4 x 24.40 - Baycitone côte (N° 4)
1 cop x 3 l.

١٩,٩٠ دبیل ایڈول اوبالا

أومبيرا زول 20 مل 4,5,50

20.00 - opera 20 18x21 



2,00 - Si cea protect
Igurij

52,40 - Smecha

10 x 21 j



Cataflam® 50 mg
20 Dragées à 50 mg

434,80

PHARMACIE AL
67, Rue des Ro
Masjid Annas
Tél: 0522 36 83
Patent

بَايْكُوتِينْ N°

مصد للأكزيما

15 غ من المهرم

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents

Pirodox®
15 comprimés pelliculés

Baycutène® N

Anti-eczématique

15 g de crème

Bayer

Baycutène® N
15 g de crème

IDOL® 100 mg
Indométacine

Baycutène® N
15 g de crème

ANTINOREX®
Cyproheptadine
Sirop

Cyproheptadine
Sirop

Dontomycine® 1,5 M.U.I
Spiramycin

16 comprimés

Voie orale

Pharmacie AL WOUROUD

casablanca
Telephone : 022-36-84-30
34808192

Facture N° 1 Du 22/05/2020

'ICE:0015412540000151

Client : OUAJKI SAID

FO	PRODUIT	QTE	PRIX	QTE * PRIX
SI	ANTINOREX SIROP	1	14.00	14.00
CO	DONTOMYCINE 1.5 MI/16 CPS	1	46.30	46.30
	Total			60.30

Arrêtée la présente facture à Soixante Dirhams Et Trente Centimes

PHARMACIE AL WOUROUD
07, Rue des Crémiers A Cote de
Masjid Annabi - Bouséjour
tel:0522 36 84 30 - Casablanca
patente:34808192

دیمیکھلا[®]
دیوسمکتیت



کیس 30

IPSEN

52, ho

