

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-478883

ND=31582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2582

Société : RAN Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : SARHANI khadija

Date de naissance : 27-12-54

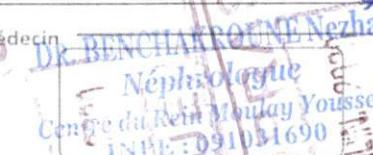
Adresse : lot TADAROUNE Rue 1 N° 12

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
21/2/2020	62	300,00		INP: 111 DR. BENCHIKROUNE Nezha Néphrologue Centre de Santé Moulay Youssef Tél: 691831690

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Casablanca - Tel: 05 22 91 16 64 154, Bd. Oued Doudra El Youssfi Bockarie, Casablanca Pharmacie SAIE	02/03/2020	300,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

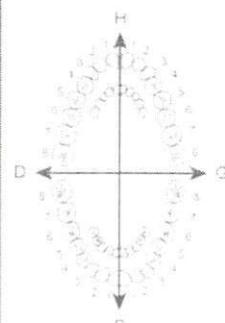
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	55533412	G	433554
D	00000000	D	00000000
	00000000		00000000
	55533411		11433553
B			

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnal Thérapeutique nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 24/3/2020.

PHARMACIE SAIB

SAIB
pharmacie
El Azhari II
291 16 54PPV: 49,60 D
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

49,60

N° Ichadija SARHANI

- Dure forte souffle 185.1

66,30

Diphospan 1/2 - 1/2 - 1/2

66,30

après repas. S.V.

24,80

PPV: 24DH80
PER: 08/22
LOT: I1868

Maybrol forte 1 - 1 - 1

62,50

après repas. S.V.

LOT: 19L01 D
EXP: 19L01
PP: 62,50

99,02

LOT: 190342
DUO: 10/2022
99,00DH

3 repas 1 - 1 - 1

après repas. S.V.

302,20

Toloxium 300 0 - 0 - 1.

Atmos 1 mg

DR. BENCHAKROUNE
Néphrologue
Centre du Rein Moulay Youssef
Casablanca - Maroc
Tél: +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax: +212 5 22 29 51 89
E-mail: contact@centrerein.com - site: www.centrerein.com



Mme SARHANI Khadija

Dossier N° :290620-083

Page : 2 / 2

Absence de développement de germes pathogènes. Culture stérile

Numération de germes : <10e3 UFC/ml (Culture sterile)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Dr. Meriem HAOUANE

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

Bd. Oum Rabiaa - El Ouarda - (en face siège R.A.M) - Residence Abdou Oum Habiba, imme. C - Casablanca
INPE : 007163668 - I.C.E : 20188140000068 - Patente : 25051078 - Tél. : +212 52 93 10 61 - Sidi

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ایضاً - Patente : 35051078 - Fax : 05 22 99 10 61 - Tel : 0520 22 16 20 - 0520 22 55 27 - 0661 76 20 68 - البرازيل - Com WhatsApp : 0676 84 52 02 - Site web : www.lbmgenelab.com

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61/ 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.LbmgeneLab.com