

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.

Médecine 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.

Prothétique :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067654

Optique *NP 372M* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5954** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DIBOUNE EL MOSTAFA**

Date de naissance : **26/02/1961**

Adresse : **Lat el wafa N° 285 Derouz Berrechid**

Tél. : **0666293056** Total des frais engagés : **711,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/07/2020**

Nom et prénom du malade : **n° cHERGUI KHADJA** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 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) :

[Signature] *19 AOUT 2020*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/07/2020	AM 1. GYNÉCOLOGIE ACCOUCHEMENTS		400 Dhs	Dr. EL INANI ALINE SPECIALISTE GYNECOLOGIE ACCOUCHEMENTS 44, Place Mohammed V Tél : 05 22 27.13.38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIT Boulevard Hassan II Sidi Ben Ali Boulemane 22130	02/07/2020	311,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'Office.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	Coefficent des travaux											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">D</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	D	G	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
H	21433552														
25533412	00000000														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
D	G														
00000000	00000000														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E															

Dr ELINANI - AMINE Touria

Expert Assermentée auprès des tribunaux

SPECIALISTE

Gynecologie - Obstétrique Accouchements

STERILITE

Echographie Gyneco - Obstetricale

44, Palace Mohammed V ,

Angle Boulevards des FAR et Ex Hansali - Casablanca

Tél : 0522 26 63 49 - 0522 27 13 38

E-mail : elinatouria@hotmail.com

الدكتورة العنانى أمين تريا

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية

أمراض النساء والولادة

العقم

الكشف بالصدى

44، ساحة محمد الخامس زاوية شارع الجيش الملكي والحنصال

الهاتف : 0522 26 63 49 - 0522 27 13 38

Casa le :

Casablanca le, 02/07/2020

Mme CHERGUI Khadija

168.20

AUGMENTIN 1G

1 sachet, matin et soir, après les repas, pendant 7 jours

96.40

FLUOMIZIN

1 ovule, le soir

47.00

SAFORELLE 20

toilette intime

311.60



Dr. EL INANI-AMINE T.
SPECIALISTE
Gynecologie - Accouchements
44, Place Mohammed V - Casa
Tél: 05 22 26 63 49

PPV: 168,20 DH
LOT: 623727
PER: 05/21

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

FAB

PER

Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharma
AMM N°: 24/180MP/21/NRQ
P.P.V.: 96.40 DHS

CNK 2575-454

ACL 739 730 2

3 401373 973026

Code Espagnol : 170066,7

Lot:
Exp.:

Oreille

COOPER PHARMA

PPC : 47,00 DH