

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-501780

37460

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1125 Société : Retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Selma Abdellah

Date de naissance : 1936

Adresse : habituelle

Tél. : 0661564793 Total des frais engagés : 505.02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 07/07/2020

Nom et prénom du malade : Bensalmia Zoubida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coarctation

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) :

RELEVÉ 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
07/07/2020		C	# 130 #	INF: 061234167

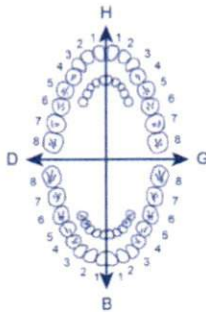
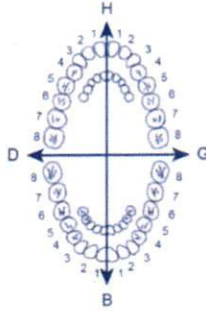
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
07/07/2020	375,20	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION	

Docteur Siham OUBOUHIA

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Diabétologue

Education nutritionnelle du diabétique

Gynécologie, suivi de grossesse

Échographie

Electrocardiogramme

الدكتورة سهام أوبهيا

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب بالدار البيضاء

التغذية العلاجية لمرضى السكري

أمراض النساء و تتبع الحمل

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

Ordonnance

Berrechid, le 07/07/2020

Nom.Prénom : Ben Salma SHAIRI Zoubida

Lot: 190899

À consommer de
préférence avant le: 12/2023

PPC: 89,95 DH

8 032578 476026

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou el ouarn niches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH

6 118001 020591

Nuravit sirop flacon 125ml

6 118000 090525

EUCARBON

100 comprimés

6 118001 250301

الطابق 58، حي الشفا، قرب مدرسة المذاهب - برشيد

N° 58, Rez de chaussée, quartier Loyal - Berrechid

☎ 05.22.03.03.72

☎ 06.69.51.16.18

✉ sihamoubouhia@gmail.com

26,50
5) Medibronc
300s x 21 J'S RDU 17/07/2020

30,10
6) Fenac 1004
2 sup/j le soir

34,70
7) Leprou. Guy 1'S (2 boites)
1/2 cp le soir

375,20
Pharmacie AL MANDAR AL JAMIL
Dr. SEHBANI Sandra
Lotissement Iminwada, GL 2
0522 32 85 85 - Berrechid

DR. OUBOUH
Pharmacie Générale
Secteur Nutritionnel et Diététique
RDC Quartier LAYALI Berrechid
Tel: 05 22 03 07 72

MEDIBRONC
CARBOCISTÉIN
SIROP EN FLACON
26,50

Zepam
30 comprimés
quadrises
PPV: 34DH70
PER: 02-23
LOT: J441
6 118000 040875

Fenac Promopharm
100 mg 10 suppositoires
Adultes
PROMOPHARM S.A.
6 118000 240358
30,10