

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-531167

ND : 39950

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3148

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BOUWAIM Abdellah

Date de naissance :

01/10/1954

Adresse :

4 Rue Turcot

Tél. :

0664 81 3957

Total des frais engagés :

537

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/09/2020

Age :

70 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

15/09/2020

Le :

Adhérent(e) :

A. BOUWAIM

ACCUEIL

MUPRAS

15 SEP. 2020

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
14/09/2020	160 C	1	GRATUIT	INP : 0910304946 Dr. N. BOUSFIHA MEDICIN ADDICTOLOGUE CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. N. BOUSFIHA MEDICIN ADDICTOLOGUE CASABLANCA	14/09/2020	537,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

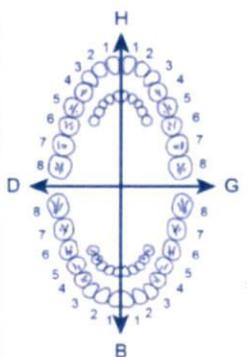
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

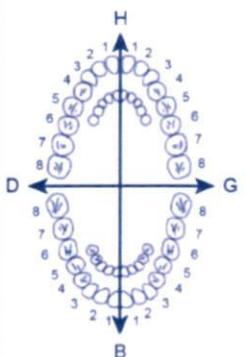
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

Hôpital sans Tabac

Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

14/09/20

ORDONNANCE

Docteur :

g? BOUNAIN ADELILAH

16,30

x3

Cojane 50

Levotyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

26,40

x3

Levothyrox 300

/ m 200 mg

- Les capsules

16,60

1 eff 20

m 200

LOCATOP 0,1%
CREME T30G
LOT : 20E013
PER : 02/2023
P.P.V : 30DH00

537,70

DRA. BOUSFIHA
MEDICO ADDICTOLOGUE
CASABLANCA6 118001 102020
Levotyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél.: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30

788216532



6 118 001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

149,30

149,30

149,30