

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.

Diagnostique 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

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° P19-0017416

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : XITKOUTX Date de naissance : 09.03.67
Adresse :
Tél. : 0611879083 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 2
App. N° 2
Tél: 0522 32 48 12
Date de consultation : 17/08/2020
Nom et prénom du malade : YAKOUTI SAGHIEB
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DT2 + cystite aiguë + candidose
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
17.10.2020	Exd		120 DH	<p>Dr. Chayma EL QUAZ TANI Omnipraticienne - Radiologue Résidence Ibn Khaldoun N° 2 App N° 2 Tél: 0522 32 48 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Mr. Bouchaib Pharmacie Ouled Iriz Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 IND F: 062047295</p>	17.10.2020	1722,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

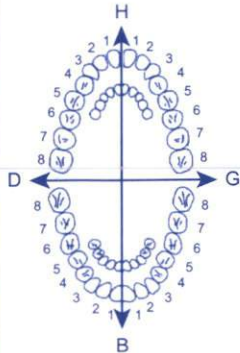
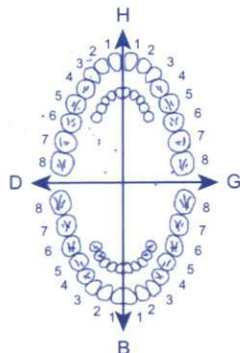
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXECUTION

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de CASABLANCA
Ex Médecin au CHU-CASABLANCA
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrechid
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيما الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بإدارة البيضاء


طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الرازي ببرشيد
طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 17/08/2020 برشيد في

Mme YAKOUTI

Dr Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

51.40

①  spectrum 250

51,40

98.80

14 x 250 (pdt 5)

NEOFORTAN® 160 mg
LOT 90050
EXP 01/2023
PPV 980H800

②  Neofort 160

70.30

14 x 31

70,30

③  Gynogevanil

10 x 12 (pdt 30)

22050

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (غرب صيدلية المسرد) - الشقة رقم 9 - الهاتف 05 22 32 48 12
22 Bd Mohamed V - Berrechid - Résidence Ibn Khaldoun - Port 2 - App. N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12
GSM: 06 62 14 34 32 - Email: elouazzanichaymae@gmail.com

SV

Stagid 7

107.60 x 4

LOT 200219
EXP 02 2023
PPV 107.60

107.60

78.70 x 5

SV

14

Diction

78.70

226.00 x 3

ESAC 40

1st 12

Dr. Chaymaa ELQUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 32
App. N°2
Tél: 0522 33 48 12

226.00

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
4, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

INPE: 062047295

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51

LOT 200440
EXP 02 2023
PPV 107.60

097.60

LOT 192008
EXP 09 2022
PPV 107.60

097.60

LOT 200217
EXP 01 2023
PPV 107.60

107.60

LOT 200110
PER 02/22
PPV 226.00

226.00

LOT 200110
PER 02/22
PPV 226.00

226.00

78,70

78,70

78,70

78,70