

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

40195

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 : XHAKOUTX Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél. : 06.41.87.90.83 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N° 2

MUPRAS

15 SEP. 2020

Date de consultation : 17.08.2020 Tel: 05 22 32 48 12

Nom et prénom du malade : H. YAKOUTI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DT2 + cystite aigu + 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

AIRES Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

M. Bouchaib
Chercheur à l'Institut
du Fournisseur
Mr. Mohamed V. Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INFO: 062047295

Date	Montant de la Facture
------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

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-Berrchid
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيماء الوازاني
الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي ببريشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 17/08/2020 برشيد في

Mme

YAKOUTI

Dr Chaymae ELOUAZZANI
Omnipratichienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 2

App. N°2

Tél: 0522 32 48 12

51.00

①



spectrum 250

51,40

98.80

14 x 250 (pft 5)

②



Neofort - 160

NEOFORTAN® 160 mg

LOT 90050
EXP 01/2023
PPV 980HS0

70.30

14 x 31

70,30

③



Gymnoperwil

10x15 (pft 3)

220.50

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (باب صيدلية المسنون الشقة 2)
05 22 42 80 22 Bd 2 Mohamed V, Berrechid

Résidence Ibn Khaldoun port 2 - Appt N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12

Tél: 0522 33 7552

INPE: 062047295

GSM: 06 52 14 94 32 Email: elouazzanichaymae@gmail.com

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

SV

Stagiaire

107,60

SV

140

LOT 200219
EXP 02 2023
PPV 107.60

107,60

78,70

SV

ESAC 40

78,70

x3

226,00

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

226,00

KAMILI Bouchaita
Pharmacie Ouled Hriz
4, C.D. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295
E-mail: 062047295

LOT 200219
PER 02 2023
PPV 107.60

226,00

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

LOT 200440
EXP 02 2023
PPV 107.60

107,60

LOT 200219
PER 02 2023
PPV 107.60

226,00

LOT 192008
EXP 09 2022
PPV 107.60

107,60

LOT 200217
EXP 01 2023
PPV 107.60

107,60

78,70

78,70

78,70

78,70