

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-570780

48860

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

✓ Cadre réservé à l'adhérent

Société :

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

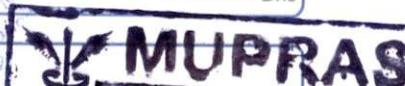
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



01 JUL. 2020

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ✓ Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident précisez 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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/9/2023	C3	① Crustul	14.14	INP : 0910353104 CLINIQUE D'URGENCE SERV'ICE URGENCES EXECUTION Montant de la facture : 14.14 Tél: 05 22 82 14 14

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture : 14.14	CLINIQUE D'URGENCE SERV'ICE URGENCES EXECUTION
UNITEED MED SARL *10119*	23/9/2023	14.14	66, Rue Emoussou 20140 CASA Tél: 05 77 77 93 03

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

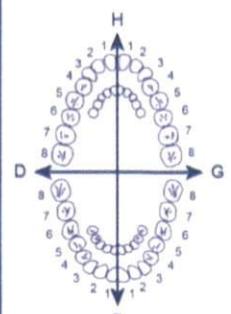
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				████████████████████████
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

Contrat de location

Nom / Prénom Du Patient :

Boussarhane AZeddine

Date :

21/09/2008

CIN :

Adress :

Bd Zektaoui 402

Tél :

06 6115 8180

Ville :

Bd Zektaoui 402 casablanca

Tél :

06 9968 0487

Medecin Traitant :

Bon de Livraison

N° 001401

Nom / Prénom Receptionnaire :

CIN.:

Type d'appareil :

Imocam G3

N° De Serie :

35BNLPDAIE

Tél :

SIGNATURE DU RECEPTIONNAIRE:

Reçu du Réglement

Reçu de : Locataire G3

Pour la period du 21/09/2008

22/09/2008

La somme de **10190** Dirhams
UNITED MED SARL
66, Rue Ennousour 20140 Casablanca
Tél. 052 227 20 03

200,00

Dirhams

انظر الشروط الموجدة خلفه

CACHET ET SIGNATURE

Contrat de location

Nom / Prénom Du Patient :

Boussarhane Azeddine

Date :

16/09/2020

Adress :

Bd Zarkaoui 102

CIN :

Ville :

Casablanca

Tél :

06.61.15.81.80

Medecin Traitant :

Tél :

Bon de Livraison

N° 001256

Nom / Prénom Receptionnaire :

CIN :

Type d'appareil :

O2

N° De Serie :

Tél :

SIGNATURE DU RECEPTIONNAIRE:

Reçu du Règlement

Reçu de : 16/09/2020

La somme de

₾ 9.00₾

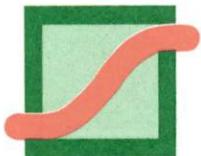
Dirhams

Pour la period du 16/10/2020

انظر الشروط الموجدة خلفه

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Ennousour 20140 Casablanca
Tel: 0522272303

CACHET ET SIGNATURE



مَسْجِدَةُ دَارُ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le

16/09/2020

7² Bassahraa - 433^e like

—

Oxygène à doosikh

par extraction.

d'oxygène

2 Litres min

18. /24 h

TEL : 0.672.141889.

★10118★
UNITED MED SARI
66, RUE ENHOUSSOUR 20140 Casablanca
Tel: 0522279303

SERVICES URGENCES 24/24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tel : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma
www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

PI. Abdelaziz BAKHATAR
448 Bd Abdelloune Aït M'hamed El Oued
Casablanca - Tel:(212) 522 99 66 24



UNITED MED Sarl

Respiratoire & Sommeil

UNITED MED SARL

66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303

Facture

DATE: **23/09/2020**

Facture **786/20**

M. BOUSSARHANE
AZEDDINE

Description	P.UNITÉ	QT	A.T.V.A	TOTAL
Location d'extracteur d'oxygène pour oxygènothérapie AA210101	1 200,00	1mois	20%	1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme : Mille Deux Cent Dirhams				
RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006 ICE 000216517000037 IF 14438918				
TOTAL H.T 1 000,00 DHS TOTAL T.V.A 200,00 DHS TOTAL T.T.C 1 200,00DHS				

★10110★
UNITED MED SARL
66, Rue Annousour 20140 Casablanca
Tel: 0522 279303