

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ialogie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

ladié 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 caractére 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° S19-0001019

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11694 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI Khalid Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : NR 32 RUE SOUS RES SOUS APPARTEMENT QUARTIER CUBA

Tél. : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : 867,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/20

Nom et prénom du malade : SAA DAAWI Roje Age : 48

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 11/11/2020 Le : 11/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : SAADAAWI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/20 20	267.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

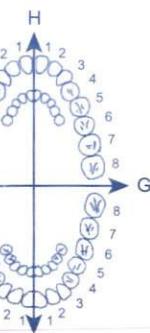
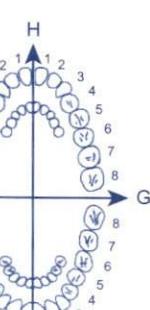
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maitre Assistant

Stérilité - Senologie - Echographie
Chirurgie Gynécologique

Casablanca le, 09/11/2020

Mme SAADAOUI Rajaa

46.0

DIGESTINE

1 gélule , matin et soir, avant les repas, pendant 10 jours



89.90

FERYL

1 gélule le soir, au milieu du repas, pendant 1 mois

66.00 x 2

GESTEL 200

1 capsule, le soir par voie vaginale, pendant 30 jours

267.90



الدكتور زنiber عبد الله
المختصة في النساء والتوليد
أخصائية في العقم
زنiber زنiber شافع الدار البيضاء
موعد: 12/04/2022 22:27:59
رقم: 13

LOT 201952
EXP 08 2025
PPV 46.00

FERYL
LOT: 153115N
DEUO: 02/2023
PPC: 89.90 DH
PHARMA CONNECT

Lot: LF20465A
Per: 05/2022
PPV: 66 DH 00

LF20465A
05/2022
66 DH 00

ORDONNANCE

Marie

Stéphan, Le: 03/11/66.

SAADAOUI Raja

LAGAULTURE

Echograph. Dole

R₃₅ —

300,00

الشخص المتردّد على العيادة
العنوان: شارع الطلاق، الدار البيضاء
الموعد: 05/22/2004 12:30:54
الرقم: 032274421

DOCTEUR ZNIBER ABDELILAH

*Gynécologue - Accoucheur
Ancien Maitre Assistant*

Stérilité - Senologie - Echographie Chirurgie Gynécologique

ECHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE

Mme SAADAOUI Rajaa

Casablanca le, 09/11/2020

Examen

Sac gestationnel situé en intra utérin présentant des contours réguliers ,et renfermant un embryon vivant possédant une activité cardiaque .

G.S.D : 61.6 mm

C.R.L : 43.3 mm

V.V : 6.4 mm

C.N : ---- mm

CONCLUSION : Grossesse évolutive de 11.1 S.A

الدكتور زنيد عبد الله
يختص في أمراض النساء والولادة
زنيد شاطر الدار البيضاء
هـ 13 05 22 26 04 12
85 22 27 44 21

DR ZNIBER ABDEL-ILAH
ECLIPSE 09.11.2020 15:58:37 PM

Admin IM. 0.7
EV3-10T TIB 0.0

OB1

2D

90%

Freq 6.7

Gn 32

DR 85

BR 34

D 7.0

