

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-570074

47365

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6005 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUNI Abdel PRAP
 Date de naissance : 14.11.1964
 Adresse : 157 RUE SANAA TISSIR IBRAHIM
 Tél. : 066004260 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/11/2020

| 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 |
| | | | | INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| 05 Nov 2020 | | S 3 | \$ 300.00 | [Signature] |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|--------------------|---------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houde BERRECHID 05 22 32 84 94 | Date 05/11/2020 | Montant de la Facture 591,50 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Professeur Dr. Mohamed Chirargien Urologue 35, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél. 22 25 36 25 - Fax 22 25 36 25 | 2009 | | \$500 Dlx |
| | | | |

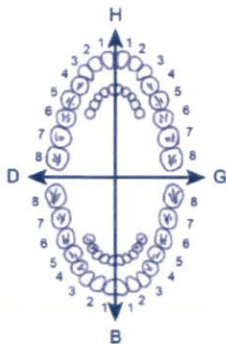
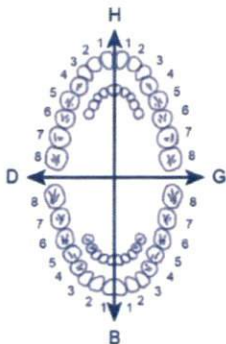
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|--|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur EL MRINI M

Chirurgien Urologue

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلي و المسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلي و المسالك البولية

Membre de la Société Internationale d'Urologie

ASMOUN Samir

Docteur en Pharmacie

Casablanca, le

05 NOV. 2020

M. Samir Asmoun

2 x 153,30



PERMIRON 1kg

153,30

108,00



2 gels

acut 2no

32,40



De Cio 5kg

144,50

1 kg x 21

EU20



Pharma

LOT : 9032
UT. AV : 03-23
P.P.V : 32 DH 40

imatrice
itismal

144,50

591,50

76, Bd Abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80

Tél.: 06 06 99 39 20

76 شارع عبد المومن

E-mail : melmrini@hotmail.com

15330

PER TO-22



Professeur EL MRINI M

Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le
05/11/2020

NOTE D'HONORAIRE

Nom: Mr **SOUNI**

Prénom: **ABDELILAH**

Date: 05/11/2020

1. Consultation

C₃ = 300dhs

2. Echographie rénale et vesico-prostatique

Z_{35+35/2} = 500dhs

TOTAL = 800.00dhs

(Montant total s'élevant à huit cent dhs)

AVEC REMERCIMENTS

76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80
Tél.: 06 06 99 39 20

76 شارع عبد المومن الطابق الثالث الدار البيضاء ■

E-mail : melmrini@hotmail.com

Professeur M. EL MRINI M.
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80
Tél.: 06 06 99 39 20