

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 062388

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10558

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MESSAS

Messas

148672

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 62 47 21 13

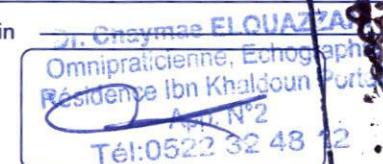
Total des frais engagés :

25 NOV. 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Hélène MESSAS 17 ans Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diant

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.

Dr. Chaymae EL QUAZZANI, Omnipraticienne, Echographe, Résidence Ibn Khaldoun Port 2, App. N°2, Tél: 0522 32 48 12

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
12/10/2020	Examen		120 Dhs	<i>Dr. Chaymae EL OUDI, Omnipraticien, Echographiste, Résidence Ibn Khaldoun Port 32 App. N°2 Tél: 0522 32 48 12</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL MOUNA DR. FAIDIR NADIA</i>	12/10/2020	103,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Diplômée 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'Hopital Med V -Safi



الدكتورة شيماء. الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن شاد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le... 12/10/2022... برشيد في

Hôpital MESSAS HTBA

49,80

① -

Flogyl 500



14 17

T : 103,70

37,60

②

ultra levure 250



16,30

③ -

souff



1pl x 3

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipotentielle, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 32
App. N° 2
Tél. 05 22 32 63 63

اقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب مسجد الحسين) - الشقة رقم 2 برشيد
Résidence Ibn Khaldoun - porte 2 - appt N° 2 - Berrechid - Tél. 05 22 32 48 12
GSM. 06 62 44 34 32 - E-mail, elouazzanichaymae@gmail.com

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V. 49DH8D

6 1188000 060062

283
07-2018
BIOCODEX MAROC. P.P.Y 57.00
07'2021
صالح لغاية:

16,30