

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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

Nº P19-0025028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(16312)

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1654

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOU DOUN

Retraité
Farsouk

Date de naissance : 2/9/51

Adresse : 8, Immeuble Kenza Bustadha, Housse
Galilée

Tél. : 0661111094

Total des frais engagés :

554 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 JAN 2020

Nom et prénom du malade : FAROUK BOUDOU Age: 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'appareil digestif + Prostate + Bézique de l'œil

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

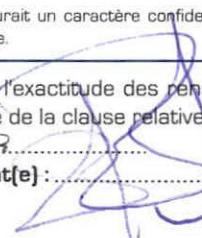
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : casablanca

Le : 07/01/2020

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
07 JAN 2020				<i>Dr. EL HAMMOUYI Abdellatif Rés. Val Rose "B" 2ème Etage Angle Albert Premier et Bd. Med. Y - Belvédère TAI n° 24 55 55 - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CANALIA Mme LEMSEFF ZAFAR 29, Rue Hassan Soukhal Casablanca 0522 27 17 07</i>	07/01/2020	43440

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

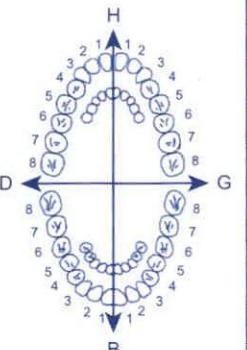
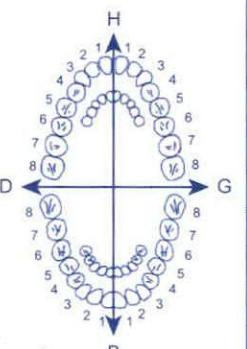
AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	21433552	00000000	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	G	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
	B			
		[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



Casablanca, le: 07 JAN 2020 الدار البيضاء، في:

M. Frank Bouton

51.00 + 1 Brucolofex S N°2

61.00 + 1 Ausop 38 S

61.00 + 1 clartec 100 S / xodur's

Neos + 2 Nas 15 S

1 - 89 Delyvagyn 15 S

56.60 + 2 Iuvox 38 S xodur's

56.60 + 2 Igf le Solv S

37.00 + 2 Dirosalic S

Hypoz x6, 0 Hypo - x6, 1

1/2 x 10 = 5 SRP



Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz,
Rés. Val Rose "B"
Zéme Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med. V - Bvd. de
et Bd. Med. V - Casa - Tel.: 05 22 24 55 55 - Casablanca

35-36/ Auxoxilas 86
19x4

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med. V. Belhadj
Casablanca

14,00
PPV:14DH00
PER:10/21
LOT:H2186

51,00

صيدلية كمilia
PHARMACIE CAMELIA
Mme. LEMSEFFER MENJRA Mounia
29, Rue Hassan Souktani



STILNOX 10MG
CP PELL SEC 120
P.P.V.: 56DH60
6 118000 061465
pourrait leur être nocif, mêm

14,00

PPV:14DH00
PER:07/22
LOT:11806

LOT: 2591
UT.AV: 04-22
P.P.V: 61 DH 00

DIPROSALIC®
Dipropionate de bétaméthasone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de ce médicament car elle contient des informations importantes.
Si vous avez d'autres questions, demandez à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes.

LOT: 566
PER: JAN 2023
PPV: 37 DH 60

Précautions:
Avant d'appliquer
* n'appliquez pas
l'intérieur de la bouche
* n'appliquez pas
votre mèche dans
les yeux ou dans
le nez
* en cas de saignement
sang, évitez
* sur une muqueuse
* sous un appareil
pourrait entraîner
des complications

PPV: 55,00 DH
LOT: 601518
PER: 04/20

A MOXIL 1g
2 comprimés dispersibles
6 118000 160033