

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie *N° R OCC*

N° W19-514825

ND = 17527

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8967		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Boustanine Hadjouane			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : _____ / _____ / _____			
Nom et prénom du malade : _____			
Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-514825
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
11/11/2018	G		25004	DR MATHIEU VENEROLLOU DR MATHIEU VENEROLLOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>LA PHARMACIE DE L'AVENUE Angle Bouverard & Mohamed V et Rue du Roi - Mohamed V Tél : 0523 32 05 02</p>	01/10/2018	900, 30 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/11/17	B190	274,60017

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 B 11433553		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et des ongles

consultation et ultras

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Qf Zenata Ain sebas Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30

P.P.V : 344,00 DH

118001 180721

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Qf Zenata Ain sebas Casablanca
Curacne 10mg cap molle b30
P.P.V : 209,00 DH

a 118001 180714

RHISSASSI

الدكتورة كنزة غس

اختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض التنسالية

التحميل - الليزر

جراحة الجلد و الأظافر علاج

الحرقوق - الحساسية

1 / 11 / 2018

Boustani Sarah

zmu.

1) Curacné 20

1 cp 1 T le soir après repas pendant 1 mois

29

2) Curacné 10

1 cp 1 T le soir

à repas pendant 1 mois

3) arteloe poette
1 poette x 3 T dans l'œil

L'APOTHECIAIRE DE L'AVENUE 501
Appartement 101, Boulevard Mohammed V
et Rue du Roi, Rm. 101, Mohammedia
Tel. 0523 32 05 02

TEL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 77 23 30 77

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 3ème Etage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammedia

شارع محمد الخامس ، إقامة الحمد شقة رقم 9 الطابق الثالث (بجانب مصحة فضالة و فوق البنك BMCE) الحمديه

13. 4) vaseline. offrir
 100 g = 100 g
- 14) Daylong gel Ecran P
 1 apl. 16 h au masque
- 15) 1/2 h avant de sortir.
 au visage
- 16) Keracnyl Repair 1/2 h
 1 apl 1/2 h le soir.
 au visage
- LA PHARMACIE DE L'AVENUE
 Angle Boulevard Mohammed V
 et Rue du Rif - Mohammedia
 Tél : 0523 32 05 02
- DROGUERIE KARINA ENERGOLIQUE
 100, Avenue Sidi El Hamed
 BP 323 10010 Casablanca - Maroc - Tél : 06 77 23 30 77
- Ray day
- 90° 30°
- 100



Docteur Kenza RHISSASSI

الدكتورة كنزة غساسسي

DERMATOLOGUE

- Maladies de la peau, cheveux et ongles
- Maladies sexuellement transmissibles
- Cosmétologie - Laser - Botox - PRP
- Chirurgie de la peau et des ongles
- Traitement des brûlures
- Allergologie

اختصاصية في

أمراض الجلد و الشعر

الأمراض التنسالية

التجميل - الليزر

جراحة الجلد و الأoplastيّر علاج

الحروق - الحساسية

01 / 11 / 2018

Boustani Sarah

1)

Cholesterol Total

2)

TG

3)

trans aminary



Dr. Kenza RHISSASSI
Dermatologue à Résidence El Hamd
Tél: 0523 30 01 00 - 06 77 23 30 77

TEL : 05 23 30 01 00 / GSM : 06 77 23 30 77

Bd Mohamed V Résidence El Hamd, App N°9 3ème Etage

(à côté de la Clinique FEDALA et au dessus de la Banque BMCE) Mohammedia

شارع محمد الخامس ، إقامة الحمد شقة رقم 9 الطابق الثالث (بجانب مصحة فضالة و فوق البنك BMCE) المحمدية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

81102826

Analyses effectuées le: 02/11/2018

Pour.....: **Enf. BOUSTANI SARAH**

Sur prescription du: Dr RHISSASSI KENZA

Code.....: 02C9143



Organisme.....:

Bilan:

CHO TRIGL TGO TGP

Cotation : (B 190)

Montant Net : 279.60 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT SOIXANTE DIX NEUF Dhs 60 Cts

LAURATOIRE AMARA
Mohamed V - MAROC
3 Bd. Mohammed V - MAROC
Tél. 05 23 30 40 30