

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.

adiologie 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 P19-0032403

(18804) Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01713

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE

Date de naissance : 07-07-1955

Adresse : N°56 EL WAFA DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 2006,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INP : 091019786

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ISMAILI LHASSANE Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ~~MASCLE + DIGESTIVE~~

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

Fait à : 20 JAN 2020

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 : DEBACHEUIL

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/01/2020

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
32 10 13	C	2	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/10/19	1756,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

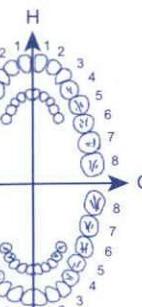
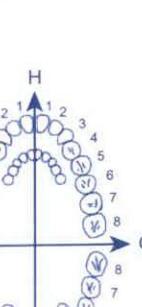
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
				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. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



التعارجي

لحد - السكري

هبات

كارت بباريس

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 110202 0

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

6 118001 110202 0

AMAREL 3MG

CP B30

PPV: 92DH10

6 118001 110202 0

AMAREL 3MG

CP B30

PPV: 92DH10

6 118001 110202 0

AMAREL 3MG

CP B30

PPV: 92DH10

6 118001 031085

GALVUS MET® 50 mg/850 mg

Boîte de 60 comprimés

PPV: 390.00 DH

6 118001 031085

GALVUS MET® 50 mg/850 mg

Boîte de 60 comprimés

PPV: 390.00 DH

6 118001 031085

GALVUS MET® 50 mg/850 mg

Boîte de 60 comprimés

PPV: 390.00 DH

LOT : 191119

UT AV : 07/2022

PPV: 57,80DH

LOT : 191119

UT AV : 07/2022

PPV: 57,80DH

LOT : 191119

UT AV : 07/2022

PPV: 57,80DH

LOT N°:

PPV (DH):

ISMAILI MALIKA

24.40 X 3
• Levothyrox 100 µg
1 COMP MATIN AVT REP 3 MOIS

9.2.10 X 3
• Amarel 3 mg
1 COMP MATIN AVT REP 3 MOIS

390,00 X 3
• Galvus met 50 mg / 850 mg
1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AP REP 3 MOIS

57,80 X 3
LDNOR
1 COMP LE SOIR AP REP 3 MOIS

64,80
Canestene 1%

LOT : CTO10E
PER : 09 2024
PPV : 64 00



Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Commune
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail :