

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'entête préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
 - Pour la remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dontaike -

- 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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 W19-440247

$$ND^2 = 20749$$

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		ND = 1074	
Matricule :	04466	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RASSY ABDELAZIZ			
Date de naissance :	01/02/1963		
Adresse :	LOT. HAMZA N°113 SIDI MAAROUF CASA		
Tél. :	0668 143380	Total des frais engagés	Dhs

Cadre réservé au Médecin	 RASSY AMAL EP-DISTRICT Registre des Urgences Bureau des Urgences KABLY 03 FEB 2020	
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	RASSY BOUCHRA	
Age:	49	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
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 p-confidence 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 : Cobea

Signature de l'adhérent(e) :

03 / FEB 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
03 FEV 2020			12000 Hs	INP : 091029439 Tél : 05 25 69 772 193, BD DUM RABBI RES OLM RADHI Gynécologue Obstétricienne Dr. KABLY AMALI EP. DRISSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/2020	246,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

DES TRAVAUX	03 FEV 2020
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
Coefficient DES TRAVAUX	
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	

D.O.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur Amal KABLY Ep. DRISSI
Gynécologue Obstétricienne

الدكتورة أمال القبلي الإدريسي
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

Suivi de grossesse - Accouchement
Stérilité du Couple - Maladies des seins
Chirurgie gynécologique - Echographie
- Ménopause



مراقبة الحمل - التوليد
عقم الزوجين - أمراض الثدي
جراحة أمراض النساء - الفحص بالصدى
- سن اليأس

Casablanca le الدار البيضاء في

03 FEV 2020

نـ رانـي بـنـدرـه

PPV: 24DH80
PER: 06-22
LOT: 11445

24,8
101 - Nabil (f) 18m.



69 - 29 x 3 / lot 100
29 - Alcastar (f) 100 m. 69,00
nimo

47 10/20
LOT PER
Prix 69,00

56,38 D - aere 25.000 flas (f)
30 - 1 place France x 1 m. - 1



PPV :
LOT : 5610 DH 06/06/2021
EXP : 06-2021

Tel: 05 22 89 77 72

193, Bd Oum Rabiaa, Résidence OUM RABIAA

193, Boulevard Oum Rabiaa, Résidence OUM RABIAA, Tel: 05 22 89 77 72 - البريد الإلكتروني : amalkably@hotmail.com

العنوان : شارع أم العزيز ، المحمدية ، تونس 1000 - تونس - المختبر أربيو - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 89 77 72 - الهاتف : 07 62 75 05 75 - البريد الإلكتروني : amalkably@hotmail.com

PATENTE : 36062006 - IF : 20739479 - IGE : 001887162000047

40-
24/96

Fluonizin



Appliquer 1 fois par jour

24/96

Dr. KABLY Amal E.P. DRIBSSI
Gynécologue Obstétricienne
193, Bd Oum Rabi, Res Oum Rabi
Tel : 05 22 89 77 72



Distribué par: ZENITHPHARMA
96, Zone Industrielle Tassila Inez
Agadir-Maroc
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ
P.P.V.: 96.40 DHS