

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 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

N° W19-495456

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5966 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAIKI ABDELAZIZ

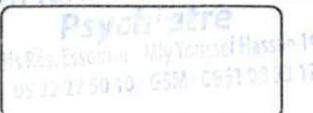
Date de naissance : 11/01/1962

Adresse : en, rue 17 SEMILLIO (1) ouf

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 350 + 20,50 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2018

Nom et prénom du malade : Mme Fakki Lamya Age : 47

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : cd degrevertif

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 : IRAN Le : 14/02/2018

Signature de l'adhérent(e) : FAIKI

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-495456

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

EXECUTION DES ORDONNANCES		
RIS Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA Votre santé est capitale	15/12/19	8 600,58
PHARMACIE ORLY SUD		
P A190 - 94542 ORLY AEROGARE CEDEX		
Tel. : 01 45 75 74 70 / 6h-21h		
Dr Caroline IBGHEI		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date 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.

طبيب متخصص في الأمراض النفسيّة والعقليّة

لدى

المستشفى الفرنسي

طبيب رئيس قطب سابق :

قطب الأمراض النفسيّة والعقليّة والإدمان

بالكافادوس

طبيب متخصص لدى معهد العلاجات التعليمية والتربوية

بلورن (سابقا)

طبيب متخصص لدى معهد الترويضي للكبار والأطفال

بلورن - فرنسا (سابقا)

Casablanca, Le :

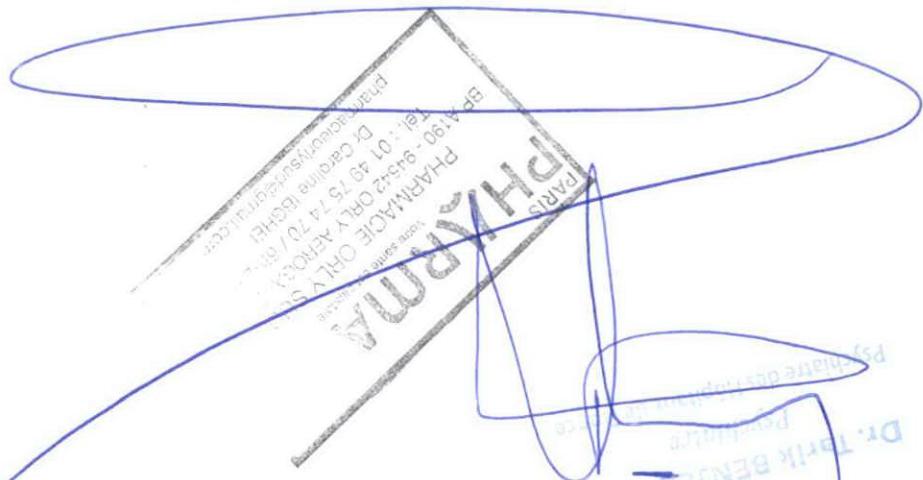
Psychiatre des Hôpitaux de France

- Ex Médecin-Chef de Pôle :
- Pôle de Santé Mentale et d'Addictologie dans le Calvados
- Ex-Psychiatre à l'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (I.T.E.P) dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (M.P.R) dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité dans l'Orne

FATIKI
DR. TARIK BENJELLOUN
Psychiatre des Hôpitaux de France

YMMY

Permit the Mysay
Sept 11/2014



Product in Rupture actualité au Maroc.

16، مكرر اقامة السرور - زاوية مولاي يوسف حسن الأول - الدار البيضاء.

05 22 22 50 10 - 06 61 08 93 17



PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT

Identifiant : 91 2 01382 8

Email : pharmacieorlysud@gmail.com

FATKI ABDELAZIZ Abdelaziz
rue Essouror
00000 CASABLANCA

Banque : Credit agricole ILE DE FRANCE

IBAN : FR7618206002176026546957466

Justificatif de vente n° 8203 du 15 décembre 2019

Code	Désignation	% TVA	Px Unit. TTC €	Qté	Montant TTC €
3400933727369	TERALITHE LP 400MG CPR SEC 60	2,10	6,99	3	20,97
HDR	HONORAIRE DE DISPENSATION	2,10	1,02	3	3,06
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	2,10	0,51	1	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	2,10	2,04	1	2,04

Taux %	Net HT €	TVA €	TTC €
2,10	26,04	0,54	26,58
Total	26,04	0,54	26,58

Part Principale €		Part Assuré €	26,58
Part Complémentaire €			

Net à payer 26,58 euros