

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 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° W19-453036

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22153**

Matricule : **7285** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BOUCHABOUH RACHID**

Date de naissance : **07/12/1967**

Adresse : **RIS CALIFORNIA ROUTE DE L'AMBAQUE**
11111111 CALIFORNIE CASABLANCA

Tél. : **0661168864** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

MUPRAS

Cachet du médecin : **21 FEV 2020**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **BOUCHABOUH HAMZA** Age : **20 ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Falloppie et disjonction**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

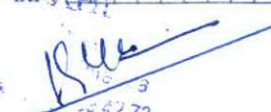
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASA** Le : **20/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
10/2/2020	5		600 000 22 39 00 77	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/28/2020	17 37,48

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

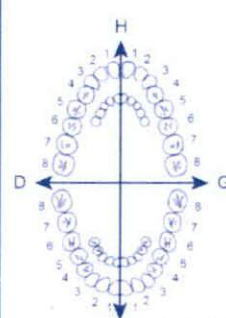
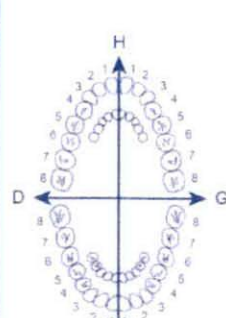
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

						COEFFICIENT DES TRAVAUX		
							MONTANTS DES SOINS	
							DEBUT D'EXECUTION	
							FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

الأستاذة حكيمة الأخضر

Dermatologie - Vénéréologie
Ancien Chef du Service de Dermatologie
du CHU Ibn Rochd Casablanca

الأُمراض الجلدية و التَناسلية
رئيسة القسم سابقا بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد الدار البيضاء

100 FEB 2024

 \cap_2

Ровно 3 строки

14m 30

 $196,50 \times 2.$

Safceu 500

$$6900 \times 3$$

for Psychology.

1 of x 2 1 i x 1 0 0 1

for 1 yr 6 months

219,98

Lower angle is correct as 60 degrees is correct. P

342,91

Pygmaea

14. 15 17

Demond per 17

Sampled 15-

N° 4303

DIFFERINE 0,1 %
crème, tube de 30 g
AMM N° 291 DMP/21/NCV
PPV: 72,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

6 118001 070206

196,50

72,50

Defence case

2030

So in appearance

Petersen

or fear, etc.

رقم 275 شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 39 00 77 - الفاكس: 0522 39 42 73

275, Boulevard Zerktouni - Casablanca - Tél.: 0522 39 00 77 - Fax : 0522 39 42 73

E-mail : hakimalakhdar@menara.ma

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FICAH MOUSSE
10 PISTE TADART RôS LINA
JNANE CALIFORNIE AIN CHOQ
Tél: 05 22 87 11 12 CASA

Pharmacie JNANE CALIFORNIE - Casablanca

FALAH Youssef

0522871112

10 Bd Taddart .Residence lina . Jnane californie ., casablanca



Facture N° FAC-55474

Date : 10/02/2020

BOUCHABCHOUB HAMZA

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
PREPARATIOM N4303	1	342,91	342,91

Total Organisme

0 DHS

Total Client

342,91 DHS

Total

342,91 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent quarante-deux DHS
et quatre-vingt-onze centimes**

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr FALAH YOUSSEF
10 Bd TADDART - Rés. Lina
JNANE CALIF - 107 11 12 CASA
Tél : 05 22 87 11 12

RC : 274771 ICE : 001512678000029

Tel : 0522871112

Adresse : 10 Bd Taddart .Residence lina . Jnane californie ., casablanca