

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 canaux, 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 canaux.

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

N° P19- 0040178

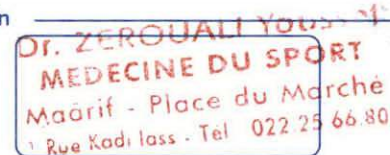
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23050**

Matricule : 3230 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : EL IMAM EL ALAOU Abdelaziz
Date de naissance : 236 BA Mod V CASA
Adresse : 01.06.1947
Tél. : 06.18873188 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/02/20
Nom et prénom du malade : EL IMAM Abdelaziz
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Aff. en + à l'optique
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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : *Alamy*



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

25/04/20 C 1 200 *[Signature]*

DR ZEROUALI YOUSSEF
MEDECINE DU SPORT
Maarif - Place du Marché
Rue Kadi Iass - Tel 022 25 66 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

[Signature] 25/02/20 938,80

PHARMACIE GRANADA
RAY LOU NABIL LOUBNA
Le Village de Mestons - Tel 39
Rue 25 - N° 27 - 39 CASABLANCA
Bey Hassan - Tel. 0522 39 44 44

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

AM	PC	IM	IV

RELEVÉ 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
								FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
								FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H					25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
							DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
								DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
									DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
										DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 27/02/20 : الدار البيضاء في :

Dr: Youssef ZEROUALI

Universités Grenoble - Bordeaux

MEDECINE DU SPORT

Fracture - Entorse - Tendinite

MANIPULATION VERTÉBRALE

Sciatique - Dorsalgie - Torticolis

NUTRITION - DIABETOLOGIE

Régime - Surpoids - Sport

Thérapie orientée solution

الدكتور يوسف الزروالي

جامعة كرونوبل - بوردو

الطب الرياضي

كسر - فكاك - التهاب عضلي

تقويم العمود الفقري

بورلوم - ألم العمود الفقري

التغذية - داء السكري

حماية - وزن مرتفع - رياضة

علاج في اتجاه الحلول.

Rue Kadi Iass. Rés. EL Wassia

3^{ème} étage. Place du marché

(Inun Mc Donalds) - Maârif

PATENTE : N° 35719029

Tél.: 05.22.25.66.80

ELMAN EL ELAAR AL ELAAR

55,00 x 2 =

110,00

Avec 2.1g

S.V

52,80 x 2 =

105,60

Odds. 105,60

25,00 x 4 =

Troumal

100,00

56,60 x 3 =

169,80

52,00 x 4 =

208,00

122,70 x 2 =

245,40

938,80

S.V

S.V

S.V

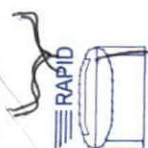
S.V

PHARMACIE GRANADA
LAHLOU NABIL Loupna
Rue 25 - 10725 CASABLANCA
(Moy Hassan) - Tel. 022 25 66 80

YOUSSEF ZEROUALI
MEDECINE DU SPORT
Maârif - Place du Marché
Rue Kadi Iass - Tel. 022 25 66 80

EL IMAM EL AYOUBI 3230

PPV: 55,00 DH
LOT: 619188
PER: 01/21



Amoxil 1g. (2)

PPV: 55,00 DH
LOT: 585209

COOPER PHARMA

PPV: 52,80 DH

} - Oedes 20mg. (2)

LOT 181040
EXP 01/2021
PPV 52.80DH

25,00
PPV: 25DH00
PER: 04/24
LOT: I832

25,00
PPV: 25DH00
PER: 04/24
LOT: I832

Trawal

25,00
PPV: 25DH00
PER: 09/24
LOT: I2043

25,00
PPV: 25DH00
PER: 04/24
LOT: I832

LOT: 19E001
EXP: 07/2023
PER: 07/2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
LOT: 19E001
EXP: 07/2023
PER: 07/2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
LOT: 19E001
EXP: 07/2023
PER: 07/2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60

} - Stilnox 10mg. (3)

LOT: M0773
EXP: FEV 2021
PPV: 52,00 DH

LOT: M19021
EXP: JAN 2022
PPV: 52,00 DH

Voltarene
100mg.

2 x 1/2 capsule

LOT: M19016
EXP: JAN 2022
PPV: 52,00 DH

LOT: M0770
EXP: FEV 2021
PPV: 52,00 DH

122,70

122,70

} - Daflon

(2)