

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

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



ND° = 214 940

Déclaration de Maladie : N° S19-0001087

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 111289 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AITBAHADOU SAIDA Date de naissance : 12-09-1972
Adresse : Jamila 5 Rue 10 N°5 C.D. Casa.
Tél. : 06-60-46-97-64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ihssane EL GHOMI
Médecine Générale
61, Rue 6 Jamila 3, Bd. Dakhla
Casablanca Tél: 05 72 37 14 98



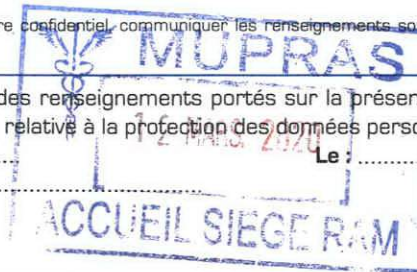
Date de consultation : 26/02/2020
Nom et prénom du malade : AITBAHADOU SAIDA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : maladie de DIU
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.


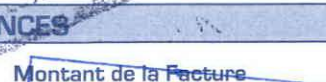
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
26/6/20	C	C	500 al	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/2020	
		45,100

[illegible]

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

[illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'IC

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur IHSSANE EL GHOUAT

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée en Echographie

61, Rue 6 - Jamila 3
Bd. Dakhla - CASABLANCA
Tél. : 05.22.37.14.96
ICE : 00210222000011

الدكتورة إحسان الغوات

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

صيدلية بن موسى
Pharmacie BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tél. : 0522 37 38 67 - CASABLANCA

61, زنقة 6 جميلة 3
شارع الداخلة - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 37.14.96

Casablanca, le : 11/03/20

N° Souda AIT BAHADOU

LOT : 19E002
PER: 09 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

1/ Metformine 500 - n, 3
(10.40 x 3) - 31.80 x 3 mg.

2/ Adeparal 1330 - 1330 x 10 mg

Lot: AF2210
Exp: 12/2021
PPV: 13DH90

rept du Ris de Guelles
45.10

Dr. Ihssane El Ghouat
Médecine Générale
61, Rue 6 Jamila 3 - Bd. Dakhla
Casablanca Tél. : 05 22 37 14 96

LOT : 19E002
PER: 09 2022
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

LOT : 19E002
PER: 09 2022
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

صيدلية بن موسى
Pharmacie BENMOUSSA
26, Av. Cdt. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tél. : 0522 37 38 67 - CASABLANCA