

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Pathologie 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

Nº P19- 0039565

Optique *✓* *95695* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1417* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *WASMIH MOHAMED*

Date de naissance : *10/01/1949*

Adresse : *33 Rue 131 GRP N 19 QUARTIER ou LFA*

Tél. : *0677066053* Total des frais engagés : *190,60* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NOZHA EL MERGNI
Médecin Générale
Bd. du Souk Groum 9ème 100 Agdal 1014
El Barska - Hay Nessim - Casablanca
Tel: 0522 90 02 15

Date de consultation : *11/03/2020*

Nom et prénom du malade : *WASMIH MOHAMED* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Vestige - Polyarthrite*

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 : *11/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *WASMIH MOHAMED*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-039565

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *1417*

Nom de l'adhérent(e) : *WASMIH*

190,60

Total des frais engagés : *190,60*

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/03/00 | C | 01 | 900,00 DH | Dr. NOZHA EL MERGHADI Médecin Générale El Baraka Sidi Ghiles 9 Avenue 105 April 2004 El Baraka - Hay Hassani - Casablanca Tél : 0522 90 82 15 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE DE LA VILLE ZEKERI Docteur en Pharmacie 222, Bd. Queraltó, 08010 Barcelona. Tel. 05 22 90 51-13 | 11/03/2020 | 190,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

2000-01

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'odontogramme.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|-----------------|----------------|------------------|-------------------------|
| | | | Coefficient des travaux |
| | | | Montants des soins |
| | | | Début d'exécution |
| | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

Diagram showing the structure of a molecule with atoms labeled 1, 2, and 3, and a hydrogen atom (H) attached to atom 1. A blue arrow points to atom 1.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A 10x10 grid with numbered circles. The grid has a central circle at (5,5) and numbered circles from 1 to 8. Arrows indicate a path from the center to the perimeter.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Nozha EL MERGHADI

Médecine Générale
Spécialisé en Médecine de Travail

Lauréat de la F.M.C.
Université Hassan II



الدكتورة نزهة المرغادي

الطب العام
أخصائية في طب الشغل

خريجة كلية الطب

جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء

Casablanca le 11/03/2020.

M = WASNIH MOHAMED.

99,00

- Cedex 90 -
1 gel -
s avtr.

LOT 181031
EXP 02/2021
PPV 99.00 DH



40,40

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI - Abdeslam
Distributeur en pharmacie
222, Bd. Oued Mabouya El Oulfa
Casablanca - Tel: 85 22 90 51 13

- Nétoprägnal

1 g -
s avtr.



28,10

- Vestarel 35

1 g -
s 9

6 118881 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



PPV (DH) : 28,10

LOT N° :

UT. AV. :

23,10

- Lysantra

1/4 - 0 - 1/2



UT. AV. :

P.P.V.

23,10

LOT N° :

T = 190,60

شارع 106 - رقم 4 - البركة - الحي الحسني

Bd. Ibnou Sina Groupe 9 - Immeuble 106 - Appt

الهاتف 15 - البريد الإلكتروني : elmerghadinozha@gmail.com

شارع 106 - رقم 4 - البركة - الحي الحسني

الهاتف 15 - البريد الإلكتروني : elmerghadinozha@gmail.com