

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.

adiologie 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 caractére 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- Nº 037505

Optique *ND: 2800* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8193**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Rholam Rita veuve (Harrach)**

Date de naissance : **19/03/1922 01/07/1974**

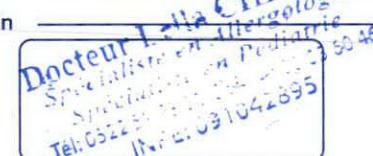
Adresse : **Terrasse de bouskoura Immeuble apt. 1
ville verte**

Tél. : **0661334217**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **30/03/2020**

Nom et prénom du malade : **HARRACH ADAM** Age : **13ans**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Monophtalmie**

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**

Le : **30/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19- Nº 037505

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 : **ADAM**

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : **486 + 350**

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
30/3/2020	C		350 DH	Docteur Lalla Smaïn Spécialiste en Pédiatrie N°SS: 321 GSN-0003395 (NPE: 091022395)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Bourjoula Golf city RDC N° 9 - Bourjoula - Casablanca. Tél: 0522 59 01 09	30/03/2020	486,50

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

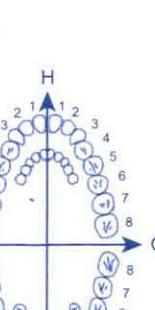
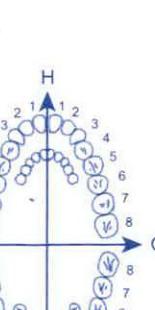
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le, 30/3/2022

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Hannan Dlam

Fibrose sinus op. Sj

1 saut + 2b

138,30 Avyponction S...

1 gp + 3b

2F,70 Myzol m-p

1 m + 3b

110.00 DH Aprilyps 10g l mmln

119 DH Phytomer Ecolips 10g

3 fm b



STE PHARMACIE GOLIAD
Centre commercial du porteur de Casablanca
RDC N° 9 - Boulevard Hassan II, Casablanca
Tél: 0524 2007 00



4410

Matilax sirop



1 cm + 3 g

48,00 Strep sirop

48,10 DH



48650 Sy + V



Lot/Batch: 2893
Fab./Mfg: 10/2019
Pér./Exp.: 03/2021

3 582910 020592



SITE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial et résidentiel Golf city
RDC N°9 - Boulevard Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 3887 09

Spécialiste en préparation
Distributeur officiel
BOTTU SA
Tél: 0522 3887 09
N.D.E: 091042895
Spécialiste en préparation
Distributeur officiel
BOTTU SA
Tél: 0522 3887 09

PPV: 48 DH 10

PPV (DH): 27,10

LOT N°:

UT. AV.:

IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°54 - Street 104
Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n°: 242/2011/1

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA
PPC : 119 DH 00

3 564300 001046

LOT

EXP:

10004872 ■
2022 03

CETU1066

Comprimé

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament
PPC:110,00 dh

PPV: 138,30 DH
LOT: 612484
PER: 10/20