

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Nº M21- 0018926

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4160 Société : 52794

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIM SAADI'A

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661102247 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-018926

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pet@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect du règlement RGPD relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-478187

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4165

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Aziz m s44 Di A

Date de naissance :

23 / 08 / 1953

Adresse :

Tél. : 066 110 2747

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin : DR. Lotia SAHAR
CABINET D'OPTIQUE
Annie Bp. Georges Sain & Av. Stendhal
Route Benbar Imm. C Maârif
Casablanca 28.55.33

Date de consultation : 10 DEC. 2020

Nom et prénom du malade :

Afzur - Soudie

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10 DEC. 2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/2020	B2 E2 G2 B2 M1	30000000 10000000 10000000 10000000	10000000 10000000 10000000 10000000	DR. EL HAFIDI - Dr. A. Soudani - Dr. C. Muaffi - Dr. A. Chabchana Angl. Rés. 10/01/2020 10000000 10000000 10000000 10000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAFIDI 77 Rue Al Bachy, Laâyoune Cité Plateaux - Casablanca Tél: 65223300 - 05151336	18/01/2021	531.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

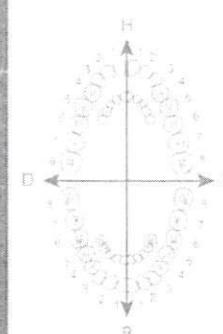
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

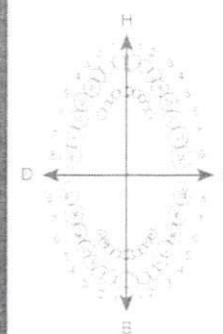
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

05503412	21422522
02000000	00200000
00000000	00000000
05503412	11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la protection

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

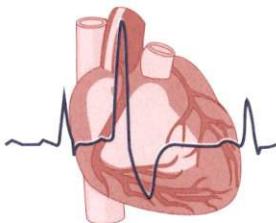
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

**Docteur Laïla SAHER
CARDIOLOGUE**

Ancien Médecin Attaché au Centre National de Cardiologie et de Chirurgie Cardio-vasculaire
CHU de Rabat
Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Paris



الدكتورة ليلا صاهر

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
طبيبة سابقة بالمركز الوطني الجامعي
لأمراض وجراحة القلب والشرايين
بمستشفى ابن سينا، - الرباط
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca, le : 18 JAN. 2021

الدار البيضا، في :

Zm. ABM. Soudie

134,50 + 3

403,50 ① leg RUEH (180 mg) SV 3 Smes

23,90 + 3 Tgm > coe (13h) SV

71,40 ② Agorell (100) SV 3 Smes

56,30 ③ Dene (100) SV

531,20 ④ 1 Apel / Jan SV

PHARMACIE EL HILAL
LAADOUJI Seïwa
72 Rue Al Bachir Laddouj
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 23 30 66 / CE: 051 51 23 20

Dr. Laïla SAHER
Cardiologue
C. Av. Georges Benjamin & Av. Stendhal
Anfa - Georges Benber. Imm. C. Maârif - Casablanca
Tél: 022 39 35 33 - 0618 27 26 66 / 0700 82 08 05 - Urgences : 0661 30 21 12

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2022
LOT 9D013 5

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2022
LOT 9D013 5

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 04/2022
LOT 9D013 5

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2022

Lot N° :

Exp :

PPV :

134,50

Lot N° :

Exp :

PPV :

134,50

رج ساند وشارع ستاندال - إقامة بنبر - عمارة (س) - المعاري
Sand & Av. Stendhal, Résidence Benber. Imm. C, Maârif - Casablanca
33 / 0618 27 26 66 / 0700 82 08 05 - Urgences : 0661 30 21 12
E-mail : contact.sacard@gmail.com / INPE : 091122770