

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

Consignes 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.

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.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0027972

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7397 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. MOULTI SAUAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0658573246 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 JAN 2021

Nom et prénom du malade : MOULTI SAUAD Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affec. au Cerveau

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 : 02/03/2021

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
22 JAN 2021			200,00	الدكتور سعيد الشولاس طبيب محلف، خبير لدى المحاكم 60. طريق مولاي التماسي (قرب مستشفى الحي الحسني) مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء العائد، 027 98 70 88 - الفاكس 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/21	549,50
	22/12/21	393,50
	22/12/21	38,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

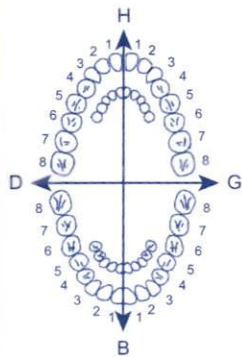
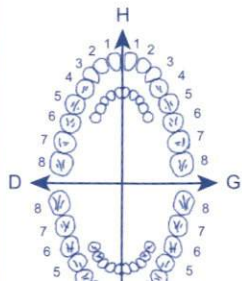
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																			
				Coefficient DES TRAVAUX																																		
				MONTANTS DES SOINS																																		
				DEBUT D'EXECUTION																																		
				FIN D'EXECUTION																																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">(Création, remont, adjonction)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		B		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		(Création, remont, adjonction)				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
	H																																					
	25533412 00000000	21433552 00000000																																				
	G																																					
	B																																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		D		00000000 35533411	00000000 11433553	G																																
D																																						
00000000 35533411	00000000 11433553																																					
G																																						
(Création, remont, adjonction)																																						
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																						

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le 22.01.2012 في الدار البيضاء،

103.40 x 3
TOUTI CARD

TATTOO 20

27.10 x 3
S.V.

2. Cardioaspirine

1 y le matin

Traitement de trois (03)

mais

393130.

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، طريق مولاي التهامي (قرب محطة الحافلات)
مازولا - الحي الحسن - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

UT. AV. : P.P.V.
LOT N° : 103.40
LOT N° : 103.40
LOT N° : 103.40

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

مولاي التهامي (قرب محطة الضمان الإجتماعي) - مازولا - الحي الحسن - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hass
Tél. : 05 22.90.70.88 :الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

Docteur Saïd GZOULI

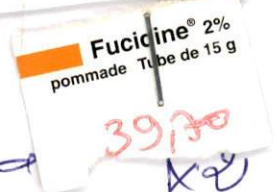
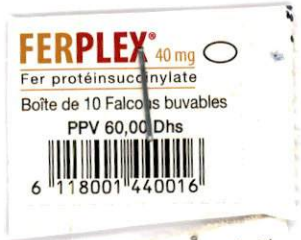
Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم
Souad

Casablanca, le : 22 JAN 2021



114.30
1. Irida...
268.00
2. Irida...
60.00
3. Ferplex
39.70
4. Fucidine
27.70
5. Cardiasp...
59.80



صيدلية أم الربيع

PHARMACIE OUM ERRABII

49 Bd Oued Oum Errabii

Hay Hassani Casablanca

Tél. 022.90.88.72

FACTURE N° 008651

V/C N° :

Client :

Casablanca, le :

22/10/2012

MEMOUTI, SEHAD N° 7387

Quantité

DESIGNATION

P.U.

TOTAL

02

riches nos sup

27,50

27,50

Aspirine Derol

11,30

11,30

27,50

38,80

ASPIRINE DEROL VITAMINÉE B1-C

11,30