

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0003502

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/1956

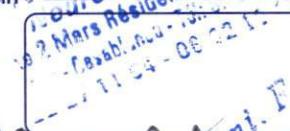
Adresse : Lot Camilia Rue 2 N° 43 Hay knimat

Tél. : 0662014171

Total des frais engagés : 1111,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/02/2021

Nom et prénom du malade : SLAMNI RACHIDA

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : 25/02/2021 à CASA

Le : 25/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
25/02/2021	C2		400	FEES Paiement effectué par la caisse d'assurance maladie 11/04/2021 - S. C. 245

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DR. MEDDAD HAMMAM <i>HIVI Chemat Rue Moulay Yacoub 02-27-32</i>	26/12/2021	711,12 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

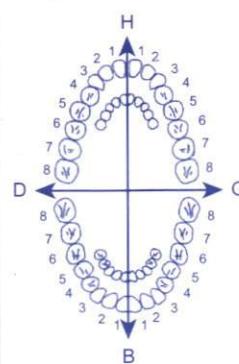
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Professeur AMRANI FOUAD

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49 , Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage
(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez-vous

Casablanca , Le في

25/02/2021

الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

شارع 2 مارس الطابق الأول

(Snack p) الدارالبيضاء

06 62 13 12 48 - 0

PPV: 61DH50
PER: 09/23
LOT: J2374*

PPV: 96DH00
PER: 05/23
LOT: J2230-1

Maladies et
Chirurgie
de la
colonne
vertébrale

Maladies et
chirurgie
du crâne

61,50

96,00

MOBIC 15 + PRAZOL 20

comprimé de chaque médicament

54,00

76,00

79,00

93,00

98,00

86,00

97,00

DULASTAN OU DUOXOL

101,00

31,00

METFORMINE

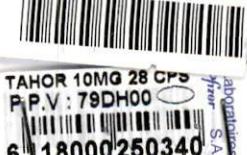
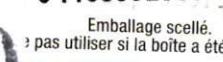
101,00

31,00

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 4 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 22/06/2021 POUR CONSULTATION + RADIO

Mme SLAMNI Rachida



01/10/2019
PER:10/2023

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
37,00

6 118000 062127

**Pr AMRANI JOUTEY FOUAD
NEUROCHIRURGIEN**

49 AV 2Mars RES. LES ROSEAUX

ICE : 001703306000087 IF : 4380772 P : 33657753

Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48

NOTE D'HONORAIRE

Organisme : MUPRAS

Nom et prénom : Mme SLAMNI Rachida

Date : 25/02/2021

N° : 21020122

Examen	Montant
Consultation	400,00
Total :	400,00

Arrêtée la présente note d'honorai re à la somme de : **QUATRE CENTS DIRHAMS**

Mode paiement : Espèces

Professeur Amrani, F
Neurochirurgien
49 Av 2 Mars Résidence les Roseaux
1er Etage Casablanca - Tél: 05 22 26 85 01
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48