

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.

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.

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.

Prothèse :

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 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

N° M20- 0003502

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : R.A.M. 62480

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/1954

Adresse : Lot Camita Rue 2 N° 43 Hay Kneimat

Tél. : 0662024171 Total des frais engagés : 1111,10 dhs 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 Longue Durée

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 CASABLANCA Le : 25/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/02/2021	C3		400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALI MAN MALEK Dr. MEDDAN Mourad H. V. L. Kremaat Rue N° 64 Tél: 022 21 31 137 Gsm: 022 21 31 137	26/12/2021	711,12 PH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

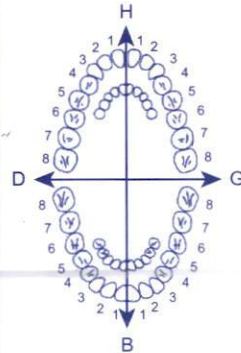
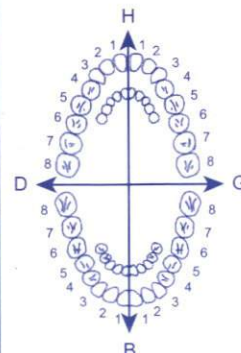
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur AMRANI FOUAD

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2 Mars, 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

Mme SLAMNI Rachida

MOBIC 15 + PRAZOL 20

1 comprimé de chaque médicament

RAMIPRIL 5

1 comprimé le matin

TAHOR 10

1 comprimé le soir

VITANEVRIL F

1 comprimé, matin et soir

DULASTAN OU DUOXOL

2 0 2 douleurs

METFORMINE

1 comprimé le soir

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 4 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 22/06/2021

POUR CONSULTATION + RADIO

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



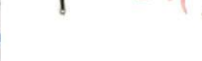
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V : 10DH40



37,00

الدكتور العمراني فؤاد

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

الكبار و الصغار

49 شارع 2 مارس الطابق الأول

(Snack p الدار البيضاء

06 62 13 12 48 - 0

PPV: 61DH50

PER: 09/23

LOT: J2374

PPV: 96DH00

PER: 05/23

LOT: J2230-1

54,00

PER 02

54,00

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

Emballage scellé.

Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

Maladies et
Chirurgie
de la
colonne
vertébrale

Maladies et
chirurgie
du crâne

LOT : 20/01/19
PER : 10/2023

PROFESSOR

Neurochirurgien
49 Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux
Flage Casablanca Tél: 0522 26 58 01
06 62 13 12 48

Pr AMRANI JOUTEY FOUAD
NEUROCHIRURGIEN

49 AV 2 Mars 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
<hr/>	
Total :	400,00

Arrêtée la présente note d'honoraire 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 58 01
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48