

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.

Diagnostique 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 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



71818

CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0022207

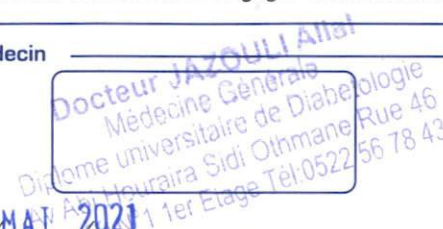
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9160 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAJI NATJA Date de naissance : 14/01/66
Adresse : LOT NASSIRA HASSANIA APP64 OULFA
Tél. : 0654088858 Total des frais engagés : 351,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 MAR 2021
Nom et prénom du malade : A. HAJI HAJAR Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Rhinite + Allergie
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 : CASA Le : 21/05/21
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022207

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 : 9160
Nom de l'adhérent(e) : RAJI
Total des frais engagés : 351,50
Date de dépôt : 21/05/21

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18 MAI 2021 | | | | Docteur JAZOUANI Médecine Générale Diplôme universitaire de Diabétologie Ay Abi Houraira Sidi Ohmane Rue 46 1er Etage Tél: 0522 56 78 43 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| 2, Bd Ouhad Sebou - Ouhad CASABLANCA Tél: 0522 90 48 90 | 18.05.2021 | 231,50 |

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.

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 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | 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

Dr Jazouli Allal

Médecine générale

Ex médecin chef du centre de santé Baladia
Sidi Othmane
Diplôme universitaire en diabétologie de la
faculté de médecine de Paris
Spécialité en médecine de travail de l'université
de Rennes.
Echographie



الدكتور جزولي علال

الطب العام

الطبيب الرئيسي سابقا بالمركز الطبي البلدية سيدي عثمان
حائز على دبلوم جامعي لداء السكري من كلية الطب بباريس
اختصاصي في طب الشغل من جامعة رين بفرنسا
الفحص بالصدى

N° Lot :

Pes :

20268

05/2023

PPV (DH) :

79,80

ORDONNANCE

18 MAI 2021

Pharmacie TAM

Casablanca le:

Dr. Bennani Jaafar

302, Bd Oued Sebou - Oulfa

CASABLANCA

Tél: 0322 99 18 99

AKKJ HAKKJ

79,70

1 Deyd 5mg
14, 1, 2 mg

TAM
S.V

14,30

2 Rinoxibul 5mg
10mg x 2, 20

TAM
S.V

79,00

3 Apand 5mg
10mg x 2, 1, 4

TAM
S.V

58,40

4 Effek 6mg
32, 1, 2

TAM
S.V

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 01/2024
LOT 00018 7

PPV (DH) :

LOT : 201439
UT AV : 10/2023
PPV : 14,30DH

200891
01/2024

Lot:
à consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

11, 231,50

05 22 56 78 43

Docteur JAZOULI Allal
Médecine Générale
Diplôme universitaire de Diabétologie
Av Abi Houraira Sidi Othmane Rue 46
Bloc 59 n°1 1er Etage Tél: 0522 56 78 43

drjazouliallal@gmail.com

شارع أبي هريرة سيدي عثمان زنقة 46 بلوك 59 رقم 1 (قرب مسجد السعود درب البلدية سيدي عثمان)
Bd abihouraira sidi othmane, rue 46 bloc 59 n°1 (près de la mosquée saoud)