

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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.

Chirurgie :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 578 Société : 37474

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BOU MEDHDI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Authorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

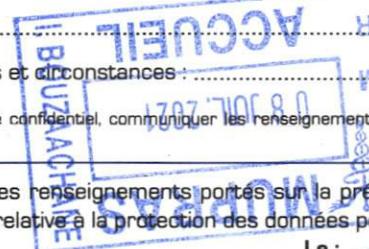


Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : SABRIR HALIMA 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) : R. M.

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 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

- Reclamation : 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.

N° W19-476599

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

578

Société :

BOYMEADI ROHED

Nom & Prénom :

BOYMEADI ROHED

Date de naissance :

1994

Adresse :

mar 1 Rue 6 n: 45 mille

Tél. :

0518210862

Total des frais engagés : 350,00 + 434,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mohamed BOUCETTA
NEUROCHIRURGIEN
Rond Point Tac Rés. Benbar
Zème Etage Maârif Casablanca
0524 23 00 36 Gsm: 06 61 14 18 68
062167002000058
T.F: 15172753

Date de consultation :

23 Juin 2021

Nom et prénom du malade :

SABIR. HALIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

C. L. C. opere

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'adjudant conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 23/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-476599

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 578

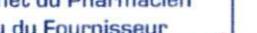
Nom de l'adhérent(e) : Boumekhfi
Zehra

Total des frais engagés : 350,00 + 434,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Matures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23 Juin 2012	C3		350,00 Dh	INP : 00000000000000000000000000000000 Professeur Mohamed BOUCETTA NEUROCHIRURGIEN Rond point la Rés. Benber Esc C 2ème Etage Maârif Casablanca 0523 00 36 Gsm: 06 61 14 8 6 000000058

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 34 AV. - Mars Frolongée Inara Blanca - Tél.: 85 22 21 05	23/6/21	434,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/01/2011		

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
 Tel: 022 32 55 73 - GSM: 07 88 11 11 11	23/6/2011	12	AM	X 20	SL+	240.000	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Professeur Mohamed Boucetta

Neurochirurgien



الأستاذ محمد بوهشة

أخصائي في جراحة الدماغ والأعصاب

Ex Professeur à la faculté de Médecine
Neurochirurgien Diplômé du Val de Grâce Paris

Assistant de Chirurgie Générale

D.E.M. Dommage Corporel

D.U. Technique Micro-Chirurgicales

D.U. Electroencéphalologie Clinique

Ex Chef du Service de Neurochirurgie

Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat

Ex Chef du Service de Neurochirurgie

CHU Ibn Rochd - Casablanca

أستاذ التعليم العالي في جراحة الدماغ والأعصاب

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمستشفى العسكري الدراسي

محمد الخامس - بالرباط

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمركز الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

SABRIN

Halim

$$58,50 \times 3 = 175,50$$

Hydroxyde 5000

$$1,4 \cdot 3 \times 100 \times 4,80$$

$$14,30 \times 5 = 71,50$$

Graditon 0,1 =

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, AV. 2 Mars Prolongée Inara /
Casablanca - Tél: 05 22 21 89 76

$$62,50 \times 3 = 187,50 \text{ Cr Nats}$$

URISPAS =

$$434,50 \quad 19,673$$

URISPAS =

Professeur Mohamed BOUCETTA
NEUROCHIRURGIEN
834, AV. 2 Mars Prolongée Inara /
Bd. Stendhal Maârif Casablanca -
Bd. Point Tac Rés. Benber Escalier C
2^{me} étage - Casablanca -
Tél: 05 22 21 89 76 - Gsm: 06 61 14 868
E-mail: prboucetta@gmail.com
E-carte: 05 22 21 1753
Carte: 05 22 21 1753
E-mail: prboucetta@gmail.com
Patente: 36378062

ستادال (ساحة الطاڭ المعايريف) الدار البيضاء

Résidence Benber Escalier C, 2^{me} étage - Bd. Stendhal Maârif Casablanca -

05 22 23 00 36

06 61 14 18 68

E-mail: prboucetta@gmail.com

En cas d'urgence : 07 00 55 19 29

LOT 210441 62.50
EXP 02 2024
PPV 62.50

LOT 210441 62.50
EXP 02 2024
PPV 62.50

LOT 202512 62.50
EXP 10/2023
PPV 62.50

LOT : 201433
UT AV: 11/2025
PPV:14,30DH

hydrox
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 580H50

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 580H50

hydrox
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 580H50

ORDONNANCE

...../Le : 23/6/21

SABER HALIM

12 AM x 20 DH

240 DH

Enj faire