

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

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° M21- 048757

84661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4150

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : A. B. M. SAADIA

Date de naissance : 23/8/1953

Adresse :

Tél. : 0661102747

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
136 km Faraj Apt. Lot Lina
Sidi Maatoul Casablanca
Tél : 0522 97 25 26

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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.

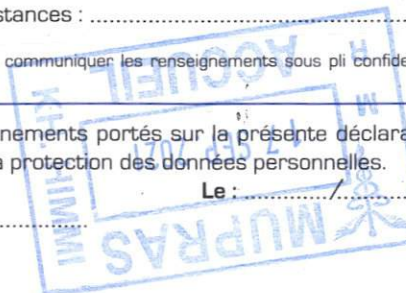
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature



[illegible]

13 SEP. 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES ET DU RECET		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<p>PHARMACIE EL HILAL</p> <p>L'ABOUDI Selwa</p> <p>Montant de la Facture</p> <p>77, Rue Al Bachir Elalaj Cité Plateaux - Casablanca</p> <p>Tel: 6522 20 20</p>
	13/09/81	568,50

Date _____

13/09/21

\$68.50

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

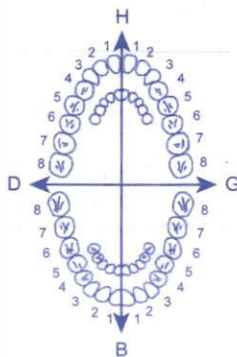
IV

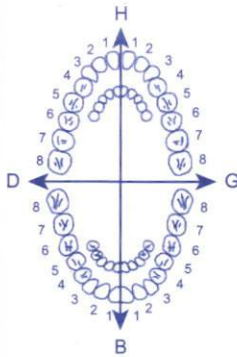
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

Coefficient

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

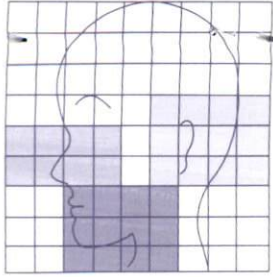
Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé

Faculté de Médecine de Montpellier

Nez • Gorge • Oreilles

Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد يعقوبي

خريج كلية الطب بمنيولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

PPV: 23DH40

PER:11/23

LOT: J3294

Casablanca, le 13 SEP. 2021

9th Azim Saadkhan

83.40

150, 20

Bisulvan : 19.8

NASONEX 50 µg/dose
 Suspension pour pulvérisation nasale
 Flacon de 120 doses
 P.P.V: 136,20 DH
 Distribué par MSD Maroc

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUD Selwa
77, Rue Al Bachir (aala)
Cite Plateaux - Ca.ablanca
Idr 0522 23 40 00 - 0522 15 13 30 (nuit)
13.2 (2)

13.2 (2) Pixated 12 2 bouff

136.2 + 2 = 272.40 (3) Cetangul 1 p 1 q 2 x / y

78.90 ⑤ Nasiriy n (2) pils b n

$25.30 + 9$
 30.60 Alga: 1 y 6 m

Dr. Khalid EL YAC
Spécialiste O.R.
136 Imm Faraj Appt 7
Sidi Maarouf Casablanca
Tel : 0522 97 25 26

568.50 (c) Vite 1000 HILAL

إقامة فرج، الشقة 7، سيدي معروف، الرقم 136 - الهاتف : 0522 97 25 26 - 0522 97 25 26 - الدار البيضاء
 Imm. Faraj (près Mardes - El Bouchaïb) - Sidi Maarouf, N°136 - Tél. : 0522 97 25 26 - Fax : 0522 97 25 27 - CASA
 77, Rue Al Bouchaïb - Casablanca - Maroc - Email : elyacoubi.kh@gmail.com

229th

Vita C1000

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 54

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 54