

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

diologie 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.

tique :

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.

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.

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

Nº M21- 0052384

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00013521 Société : RAM C94165

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

HABYBY Radha VEUVÉ Sai

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. HABYBY 22/11/2021
Cabinet de la famille - El Ouleya
Boulevard Hassan II
Boulevard Hassan II
INPE: 91175670

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HABYBY FADEL Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GARDÉE PARIS

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : Casab

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
22/11/14	CSK CCG		250000	Dr. RICHI BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2 AVNEZIA 1er étage BP 214 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 814 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DATTIER 49 B Lotissement Haj-Fatah 5 Casablanca 61-0631-11-06-79	22/11/21	1945,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 22/11/2021

Nom et Prénom

HABYBY Fadela

64,00 X 3



AMLODIPINE 10

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

116,90 X 3



CORONAT 25

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

86,00 X 3



LOSARTAN 50

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

→ ZYLORIC 200



31,30 X 3

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

→ ROSUVAS 10



152,80 X 3

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

ASKARDIL 75



22,140 X 3

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

VASTAREL 35



137,20 X 3

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

OEDES 20



99,100

1 comprimé le matin

PHARMACIE DATTIER
 149 B Lotissement Haj Falah 5
 Lissasfa Casablanca
 Tel 0631.61.08.79

1945,80

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 220H40
 EXP 08/2023
 LOT 160123

MANUFACTURE
 2022-08-04
 91170610

PPV 22DH40
EXP 04/2023
LOT 16012 3

86,00

86,00

64,00

64,00

Lot: RD0510C
Per: 04/2023
PPV: 116DH90

Lot: RD0510C
Per: 04/2023
PPV: 116DH90

LOT 210577
EXP 12/2023
PPV 99.00DH

PPV 22DH40
EXP 04/2023
LOT 16012 3

LOT 211334
EXP 05 2025
PPV 31.30

137,20

137,20

137,20

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

Lot n°:
EXP:
PPV: 157 DH 80

LOT 211334
EXP 05 2025
PPV 31.30

LOT 211334
EXP 05 2025
PPV 31.30

LOT 211334
EXP 05 2025
PPV 31.30