

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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

N° M21- 061824/1560

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01560 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 109849
Nom & Prénom : SADDICI Hui
Date de naissance : 1-1-1952
Adresse : 10 Rue N°12 GR V EL LAHA
Tél : 0669995931 Total des frais engagés : Dhs

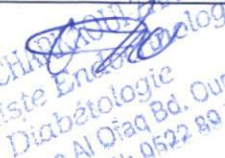
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/03/2019
Nom et prénom du malade : SADDICI Hui Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Thyré et Diabète
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 : Casablanca Le : 08/03/2019
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/03/22			255,60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/03/2022	555,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

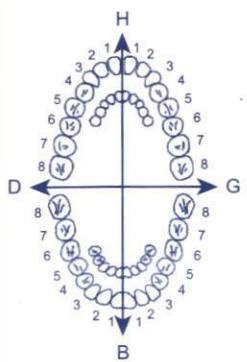
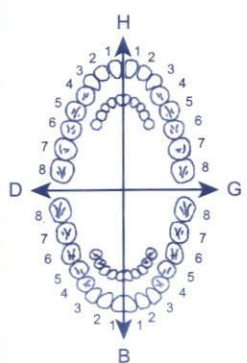
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l

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

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

الدكتورة خديجة الشركاوي زهواني

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

إختصاصية في السكري وأمراض الغدد
السمنة - التغذية

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

طبيبة رئيسة سابقا للمركز الجهوي
لأمراض السكري

Casablanca, le

SATTOUT VINCE

6,80x3

Levo Thyro 25



3m

78,70x2

Diamino



3m

107,60x3

ly mtrij



3m

55,0

Amoxi



Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologie
et Diabétologie
Centre Al Oufia - Bd. Oum Rabii
Casablanca - Tél: 0522 89 79 34

555,60

2x
Zin

14/5
Biofan

PHARMACIE AL OUFIA
S. CHALAH
Docteur H. Nasser
55 Av Oues
Tél/Fax : 05 22 89 79 34
Casablanca
ICE : 001541468000000

رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع ، الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 79 34

N° 100. Résidence Ofoa - Bd Oum Rabii - Oulfa - Hav Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 89 79 34

Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 25 µg,
PPV: 6,80 DH
6 118001 102006

Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 25 µg,
PPV: 6,80 DH
6 118001 102006

Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 25 µg,
PPV: 6,80 DH
6 118001 102006

LOT 213049
EXP 11 2024
PPV 107.60

LOT 212863
EXP 11 2024
PPV 107.60

LOT 213049
EXP 11 2024
PPV 107.60

78,70

78,70

PPV: 55,00 DH
LOT: 647834
PER: 07/23

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles

6 118000 160038