

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2111 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAZREG ALIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

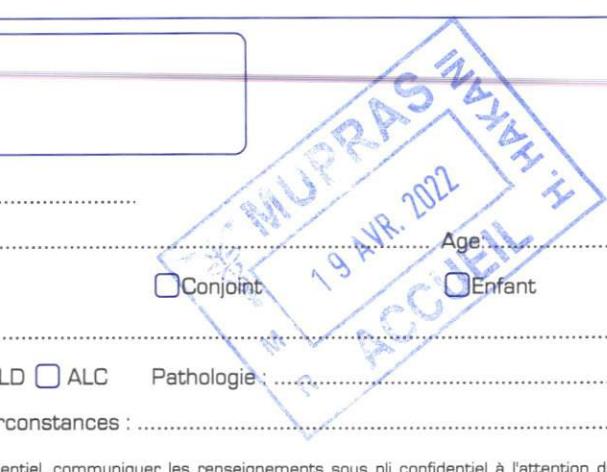
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-423759

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

21111

Société :

RAM

Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Lazzeq Ahmed

Date de naissance :

13 Nov. 1951

Adresse :

Qu N°14 Im 500 Hj 177ab. El Duffa Cg8a

Tél. : 066 873 66 04

Total des frais engagés :

981,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DRIOLICH Yasmin
Endocrinologie DiabétoLOGI
et Maladies Métaboliques
21 Wifaq 1 Rue 2 N°19 Etage 2
Bureau N°5, Oulfa Casablanca
Tél 05 22 900 909

Date de consultation :

12/04/2022

Nom et prénom du malade :

LAZRE P AHMED

Age: 71

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + Dyslipidémie +
goutte

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 :

CDDA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/04/2022

Dr. DRIOLICH Yasmin

Endocrinologie DiabétoLOGI
et Maladies Métaboliques
21 Wifaq 1 Rue 2 N°19 Etage 2
Bureau N°5, Oulfa Casablanca
Tél 05 22 900 909

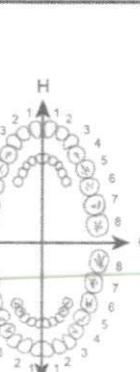
RELEVE DE MÉDICALISATION			Dr. DRIOLICH Yasmin et Maladies Métaboliques 21 Rue 32, N°19 Etage 2 Casablanca	
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Bureau N° 5, Chambre Casablanca Tél 05 22 308 908	Chèque et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/04/2022	Actes	C _s	200,00	INP : 091266114
15/04/2022	Contrôle	C	DR DRIOLICH Yasmin Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques 21 Rue 32, N°19 Etage 2 Casablanca Tél 05 22 308 908	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE D'ERRAD 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis - CASABLANCA Tel.: 23.94.49 / 99.85.18	15/04/2022	931.80

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

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

VIOLET ADHERENT

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 de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>													
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552										
	D	00000000	00000000										
	B	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction]												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION													



Casablanca, le

15/04/2022

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V. : 261,00 DH



نے عززوب شند

$$26N.00 \times 3 = 783.00$$

1) Crestor cp 20mg

S.V.

0 - 0 - 1

PPU: 49.60 DH
LOT: 21K17B
EXP: 11/2024

PPU: 49.60 DH
LOT: 21K17B
EXP: 11/2024

PPU: 49.60 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

$$29.60 \times 3 = 88.80$$

2) Due a poule 100000 DT

10 fois pdt 10000 DT

puis 10 fois 10000 DT

931.80

Dr. DRIOUICH Yasmine
Endocrinologue Métabolique
21 Wifak, Rue Casablanca
Sidi Maâdi, Casablanca
Tél: 05 22 900 909

S.V.