

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 chargement 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Yacoubia - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W21-713188

21-6562

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 21-6562

Matricule : 21-6562 Société : RMR

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ACHEMBONNE Nadia

Date de naissance : 06/11/1964

Adresse :

Tél. : 0662 161 528 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2022

Nom et prénom du malade : ACHEMBONNE Nadia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 à caractère personnel.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) : Nadia



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HAY EL WIAM 23 BD OUELDI SIDI EL LANCA Tel: 0522 200 105 E-mail: 0522 200 105	26/05/2022	472,30 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

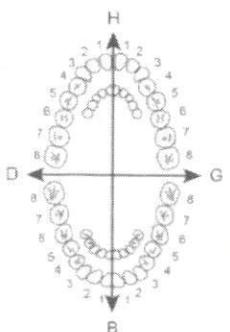
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

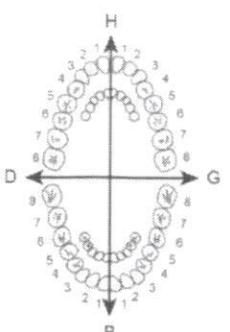
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 20/05/2022

Ache l'hour Naciri

3f, 60

1) Diprosalic pommade (lesion jambe).

1app/j le soir x 10j.

puis 1app 1j/2 x 10j

puis 1app 1j/3 x 10j

200ml

2) Psorilys gel nettoyant

1app/j pour bain

10f, 10

3) Exomega baume

1app/j le matin pour hydratation
corps.

4) 1f, 10

Téguma crème; 1app/j en extérieur
+ plante des pieds.



LOT : 717
PER : AUT 2024
PPV : 37 D.F. 60



LOT : 201224
PER : 10-22
PPV : 45.00DH

6) Dermofix powder

84,20

ل.ا.پ.ل.ج

84,20



$T = 472,30$

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Hôpital Universitaire Assistant Alzaytoun FATHIMA ZAHRA
Professeur Assistant Dermatologue
161224647

صيدلية حي الونام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31
INPF: 092220010

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 61 589 / 2022 du 20/05/2022

Nom patient : ACHEHBOUNE NADIA

Entrée 20/05/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 20/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@fkm.hck.ma
N°TVA : 00061862