

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.

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- 061787

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11536 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOTNI HICHAM

Date de naissance : 18-11-76

Adresse :

Tél. : 0101 388434 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. Nabil LA...
Gynécologue Obst...
301, Bd. Grandi - Casablanca
Tél. : 0522 98 55 02 / 06
0661 30 89 01

Date de consultation : 18/05/2012

Nom et prénom du malade : Le SANTI NORA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : suite de la grossesse (Césarienne)

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-61787

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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
25/05/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VITA Pharmacie TEL 05 22 98 43 62 FAX 05 22 98 43 62 105, Bd Brahmin Roubaix	25/05/22	550,00

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	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					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. Mohammed Nabil LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Chirurgie Endoscopique

Stérilité du Couple (FIV- ICSI)

Microchirurgie Gynécologique

Ancien Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien interne de CHU

Titulaire du D.U. des Maladies du Sein

de la Faculté de Strasbourg

الدكتور محمد نبيل لعلو

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

الجراحة النسوية و جراحة الثدي

الجراحة المنظريّة

المساعدة على الإنجاب

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

حاصل على شهادة الإختصاص في

أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 25.05.2022

Dr. SANIA NORA

157,00

① Leramos 1g

1 cp matin
1 cp soir x 7 jours

349,00

② Lorax 0,4

1 ig s/c 1; x 7 jours

③ Trismactil

1 cp matin
1 cp midi
1 cp soir

98,00

④ Alcool For Gyn - dil

1 syr 1; x 7 jours

110,00

301, Bd. Ghandi - Casablanca - Tél.: 05 22 98 83 22

E-mail : medmad59@hotmail.com - **En cas d'urgence** : 06 61 30 89 01

ICE : 001628992000023 - IF : 42204344 - INPE : 091089797

LEVAMOX 19 16 COMPOSÉS EFFERVESCENTS
P.P.V. 157DH00
LOT 1N031
EXP 12/2023

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0.4ML SER B6
P.P.V. : 349DH00
6 118001 080465

PROTECTOR VITA-SAN
TEL: 05 22 98 83 22
FAX: 05 22 98 83 22
VITA-SAN
PARA & PHARMACEUTICALS

Pharmacie VITA SARLAU
463 Bd Brahim Roudani Val fleuri
Casablanca
0522984363

Vente

Ticket : FAC-320397

Date : 25/05/2022

Date de transaction : 25/05/2022

19:26

Gestionnaire : ASSOU OUMAY

Produit	Qté.	P.U	Total
LOVENOX IN 4000UI/0.4ML/40MG B6 INJECTABLE	1	349,00	349,00
LEVAMOX CO 1G B16 COMP EFFER	1	157,00	157,00
ALCOOL 70° 60ML	1	28,00	28,00
DODIE SUCETTE ANATOMIQUE 0-2MOIS NA23 NAISSAN...	1	54,29	54,29
HARTMANN STERILUX ES STERILE COMPRESSES DE GA...	1	16,20	16,20
Sous-total HT			577,80
TVA			26,69
Total remise			40,51
			DHS
Total TTC			604,49

IF: 20755514

**T.P: 34705203 Retours et Echanges
Max 24H**