

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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

Nº M21- 061787

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11576 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GOTNI HICHAM

Date de naissance :

18-01-76

Adresse :

Tél. : 0107388434 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2012

Nom et prénom du malade : Dr. Santi NORA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Site de coche (ch...)

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-61787

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
25/05/2024	Consultation	1	5000	Nabil M. Chandi - Cardiologue - 05-05-2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  <p>VITA PHARMA DÉPARTEMENT PHARMACEUTIQUE TÉL: 05 22 98 43 62 FAX: 05 25 09 44 44 25, Bd Brahme - 64000 Pau VAT: FR 28 640 000 001</p>	25/05/20	550,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	
				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 ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient des travaux
	(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. 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 Diu des Maladies du Sein
de la Faculté de Strasbourg**

الدكتور محمد نبيل لحلو

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسوية و جراحة الثدي

الجراحة المنظرية

الممساعدة على الإنجاب

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب

حاصل على شهادة الإختصاص في

أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 25.05.2022



For SARAHI NORCA

157,00

① Lovamec 1g

1cp { matin
midi x 7 days

349.00



② Lovamec 0,4

1cp { 1cc x eau de 50ml

③ Biomatrical.

D Andal 1g

28.00

1cp { matin

10.16 midi

④ Alcool 70% Gynec 500 ml

1cp 30ml



550,00

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

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	
Total TTC		DHS	
		604,49	

IF: 20755514

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