

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

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

M22- N° 000783

109637

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2385 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SLAM NI RACHID

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Lot Camilia Rue 2 m 43

Tél. : 0662011171 Total des frais engagés : 430,00 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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 22.10.1992 Slamy

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature Date des Spins	Date des Spins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V
					432,00

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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of a dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. Arrows indicate the direction of treatment: H (top left),				

Professeur AMRANI FOUAD

الدكتور العمراني فؤاد

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

49 شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية، محمد الخامس (Snack pomme de pain) الدار البيضاء

الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

49 , Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage

(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

بالموعد

Casablanca , Le

21/03/2022 الدار البيضاء في

Mme SLAM N'ri Rachida



-Lombostab orthopedique

Maladies et
Chirurgie
de la
colonne
vertébrale

Maladies et
chirurgie
du crâne

DIPRAMEDIC SARL
48, Bis Rue des Hôpitaux
(en Face des Urgences du C.H.U)
Casablanca

Tel : 0522 20 20 65/64 - Fax : 0522 29 80 93

430,00

PROFESSOR AMRANI, F
Neurochirurgien
49, Avenue 2 Mars Résidence les Roseaux
1er Etage - Casablanca - Tel. 0522 26 58 01
0522 27 11 64 - 06 62 13 12 48



DIPRAMEDIC S.A

48 rue des hopitaux-enface-urgence C H U

DISTRIBUTION DES PRODUITS
ET ARTICLES MEDICAUX

R.C :56127

Patente:36315620

T.V.A :

C.N.S.S:2036996

Banque:11581090003 BP

Tél :20-20-64/65

Le 21/06/2022

FACTURE N°385012

N° ICE : 001685371000011

MME RACHIDA SLAMNI

N° IF : 01084427

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	CEINTURE LOMBAIRE EMO	430,00	0,00	430,00	430,00		430,00	71,67	20,00

DIPRAMEDIC SARL
48 Rue des Hopitaux
en face urgences du C.H.U.
Tunisie
022 20 85 64 - Fax: 0522 29 80 93

DROIT TIMBRE 0.25%	BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	430,00
Nombre d'Articles : 1	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	358,35	Montant	71,67

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Trente Dirhams.