

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº M21- 0033473

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>11054</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>HABIB ALLAH MEHDI</u>		
Date de naissance : <u>01/06/75</u>		
Adresse : <u>Rés. EAL GREEN BOUSKOURA</u>		
Tél. : <u>06 61 31 01 97</u>	Total des frais engagés : <u>7.090,00</u>	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<u>03/06/12</u>	
Nom et prénom du malade :	<u>HABIB ALLAH Mehdi</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Affec... une diabète</u>	
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 Nº M21- 33473

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 : 11054
 Nom de l'adhérent(e) : HABIB ALLAH
 Total des frais engagés : 7.090,00
 Date de dépôt : _____

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
3/6/22	G	G	G	 Dr. MOURHIM Centre d'Endocrinologie INRS 1038083 Dr. Mourhim, Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><u>Dr. Mariam BENEYAHYA</u> <u>Dr. Rmala Lahla</u> <u>ar Rmala Lahla Route 1077 Bouskoura</u> <u>Tel / Fax : 05 22 59 00 10 - Casablanca</u></p>	9/06/22	1090,20

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	Coefficient des travaux
	D	00000000 35533411	B	Montants des soins
		00000000 11433553		Date du devis
				Date de l'exécution
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEROTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المتطور الموجه بالصور - معجل الإلكتروني حامل للسكنات - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياصن - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE

9/16/22



090001405

113,30 x 9 M^m HENGIRUCLAN MASHIM
S.V. —————
- DEPAKINE chrono Dr. Mar...
14,1 —————
23,50 x 3 UNISANYL
Dr. Mar...
113,30 x 1 31/3
R.M. / 3 ص 11

1090,2

مليمة رمل السلام
Pharmacie Rhâal La
Dr. Mar... BENYAH

Souar Rhâal Lahil Route 1077 Bo

Té : +212 520 48 72 03 - Casab

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V : 113DH30

6 118001 081073
Fax : +212 520 48 72 03
Tél : +212 520 48 72 03

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03
Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

Service Lâsse : +212 520 48 72 03
Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V : 113DH30

5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

5 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Depakin chrono 500mg
cp pel b30
P.P.V : 113,30 DH
5 118001 081073

5 118001 081073

23,50



23,50



23,50

