

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

- 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

129822

Déclaration de Maladie : N° P19-0005967

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R. A. M

Actif Pensionné(e) Autre : —

Nom & Prénom : AZIZ BOUNCHAIB Date de naissance : 04/10/1953

Adresse : HABITUÉE

Tél. : 066.41.07.40.77 Total des frais engagés : 1609,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. OUZIT Souad
Omnipraticien
DU en Diabétologue et Diététologue
373 - Bd Souhaib Eroumi
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel: 05 22 73 72 72

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 7/09/22

Nom et prénom du malade : M. LAHROUB ZOHRA Age : 19.63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

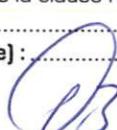
Nature de la maladie : Diabète

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 : 15/10/2022

Signature de 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
17/07/2019 en Date de la facture 312 - Béni Mellal Tel: 06 32 71 62 12	1 C		15000	Dr. OUAZZANI Djillan Diabetologue et Diététologue 213 - Bvd Souhaib Erroumi Berroussi - Casablanca 05 22 73 72 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Reçu du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7.9.22	1459,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

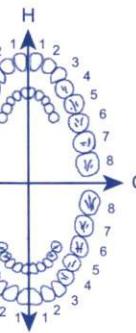
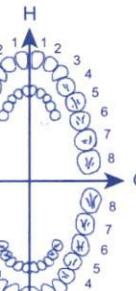
AUXILIAIRES MEDICAUX

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															
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
	<p>DATE DU DEVIS</p>															
	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUZIT Souad

Medecine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبولي
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le:

07 septembre 2022

Mme LAHROUB ZOHRA

1/ DIAMICRON 60

2 CP MATIN

2/ GALVUS MET 50/1000
0.1.1

3/D CURE FORTE 100.000
1 AMP/1 MOIS

Traitement pendant 3 Mois
RELAXOL 500MG/2MG 20 CPS

2CP X2/J

PHARMACIE BLOC "C"
GHOFRANE
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Rendez vous le:

373 شارع صهوب البرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوسي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72
373, Bd Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi -Casa -Tél.: 05 22 73 72 72

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

78,70

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

PER : 01/2025
LOT : 02/2006

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

78,70

78,70