

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

130038

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012431

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **06.85**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **/**

Nom & Prénom **BAGHDADI Badia** Date de naissance **01/07/44**

Adresse : **Res Al Farid House RT 15 A 2eme etage n° 6**

Tél. **05 22 20 45 45** Total des frais engagés : **01/07/44** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur FARADI Hasnaa
Médecine Générale
Echographie Urgence
DU Gynécologie Médical Infertilité
Suivi de Grossesse
DU Diététique Médicale et Nutrition
INPE : 091063313
Tél: 05 22 89 07 58

Cachet du médecin :

Date de consultation : **05/09/2009**

Nom et prénom du malade : **Baghdaoui Badia** Age : **65**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Dialyse**

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 :

Signature de l'adhérent(e)



Le : **09/09/2009**

ACCUEIL

Le : **09/09/2009**

Ben Abdellah

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
08/09/2012	cn	21 110 /me		DOCTEUR FARADY PAZ Médecine Générale Echographie Médicale Gynécologie Médicale Santé de Grossesse Médecine Pédiatrique 06 22 89 07 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie CHABACH SUPÉRIEUR M'sieur Azzouz, Anfa Supérieur Casablanca Tel: 06 22 35 06 ICE: 001835298000083	08/09/2022	2143.90

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	

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 <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Docteur FARADI Hasnaâ

Médecine Générale

Echographie

Urgence

DU : Gynécologie Médical Infertilité

Suivi de Grossesse

DJ : Diététique Médicale et Nutrition

DU : Diabetologie

الدكتورة فرضي حسناء



الطب العام

الفحص بالصدى

امسurgلات

العقل

متابعة الحمل

التغذية و الحمية الطبية

أمراض السكري

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 09/09/2012

DR 350.00

Baghdadi Badia à l.p Benmoussa.

valres Met 50/1000.

SV

DR 550.00

Jardianc long

SV

60.40

Diindo 100

SV

73.50

Supro le soin
for care

PHARMACIE SUP'AIN
Dr. Mourad CHABACAN
Rte. d'Azemmour, Anfa Supérieur
Casablanca 20500
022 208000083

maphar

Boulevard Alkmaïd n°6
Quartier Industriel Sid Benmoussa Casablanca - Maroc
FORLAX 100 SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

DR 65.00

l'achet 3 x
oxiflor

SV

Contour plus Bandelettes

Docteur FARADI
Médecine Générale
Echographie Urgence
Gynécologie Médical Infertilité
Suivi de Grossesse
Diététique Médicale et Nutrition
Diabetologie

LOT : U20657
Exp : 10/2024

إقامة البركة، شارع أفغانستان، رقم 2 عمارة 64 تجربة GH 5a أمام المركز التكنولوجي - الحسي - الدار البيضاء
Résidence Baraka, Bd Afghanistan N°2, Lot 64 - GH 5a (Face Centre Technologie Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 89 07 58

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

OXIFLOR® 200 mg 10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 01/2025
LOT 1N039 1

OXIFLOR® 200 mg 10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 01/2025
LOT 1N039 1

DI-INDO 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 09/2024
LOT 16033 5