

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

13/13/07

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013076

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7610** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHABIBA KHALID** Date de naissance :

Adresse : **HAFATEN EL OUAFAL**

Tél. : **0663869474** Total des frais engagés : **570,755** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دليـب مـدـيـصـ، خـبـيرـ لـدىـ الـعـدـاءـ
60- طـريقـ مـعـلـيـ التـهـامـيـ
(قربـ مـسـنـشـفـ الـحـسـنـيـ)
ـمـانـوـلـاـ - الـحـسـنـيـ - الدـارـالـبيـضاـ
2 90 97 66 022 90 70 38

Date de consultation : **28 SEPT 2022**

Nom et prénom du malade : **CHABIBA KHALID**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie - Allaité

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 : **CAZA**

Le : **28 / 09 / 22**

Signature de l'adhérent(e) : 

28 SEP. 2022
ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M. S. Anisa Pharmacien du Marché Hassani - Casablanca Tél. 022 82 86 60</i>	<i>28/09/2022</i>	<i>370.30</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 12-rib thoracic cage. Vertebrae are numbered 1 through 12 in a clockwise direction starting from the top. The cage is oriented with a vertical axis pointing upwards (H), a horizontal axis pointing to the left (D), a horizontal axis pointing to the right (G), and a vertical axis pointing downwards (B).

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

خبر لدی الحکام

CHABIBA KHATIB

Casablanca, le : 28 SEPT 2022 الدار البيضاء، في :

1- Acclaris 15x2/1 28/10/2022

990- مازولا

2- Nazair 15x2/1 28/10/2022

1500- مازولا

3- Gedec 20 17/10/2022

5280- مازولا

4- Cérotapek 100 x 50cm 2440x5 19/10/2022

5- Mifalgue 15x30 2150- مازولا

3703=

Mme. SEBTI Anisa Marché
Pharmacie du Casablanca
Hay Hassani 98
Tél: 0522 89 86 98

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسي - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

LOT 210583,
EXP 12/2023
PPV 52.80DH



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

PPV: 24,40 DH

7862160342

Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 100 µg,



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

PPV: 24,40 DH

7862160342

Comprimés sécables B/30
Levothyrox® 100 µg,



Cat
Eliot

PPV: 75 DH 00
PER: 09/2023
LOT: GA10495



PPV: 21DH50

PER: 07/24

LOT: L2540



PPV : 99DH00
PER : 08-24
LOT : 1966

