

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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- 0012865

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 17651

Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamal El Ghribi

Date de naissance :

1953

Adresse :

56 Bd Abderrahim Bouabdellah

Hay Errachidia

Tél. : 06 55 55 08 38

Total des frais engagés :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Jamal

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
Gracie les Pharmacies Elmustapha GHANDAF Bd. Abderrahim Bouabid el. 0522 99 26 52 - Casablanca PE: 092049451 - IC: 00207206600025	21/11/22	851,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

Le	11/11/2022	11/11/2022	11/11/2022
IN	Veuillez	veuillez	veuillez
UT. AV. :	01 2025	01 2025	01 2025
LOT N° :	103 40	103 40	103 40
P.P.V	FW 7215	FW 7215	FW 7215
UT. AV. :	01 2025	01 2025	01 2025
LOT N° :	103 40	103 40	103 40
P.P.V	FW 7216	FW 7216	FW 7216
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
COEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

TERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000

D 00000000 00000000
35533411 11433553

B

[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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *Jamal El Arafat Lahssen*

Matricule : *4651* N° CIN : *B 379 105*

Adresse : *56 Bd Abderrahim Bouabid Hay Frrah*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Latamni Merian* Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : *002366 18000056* N° INPE : *094845 621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Jamal El Arafat Lahssen*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

M. Jamal El Arafat Lahssen a fait un passage coronarien

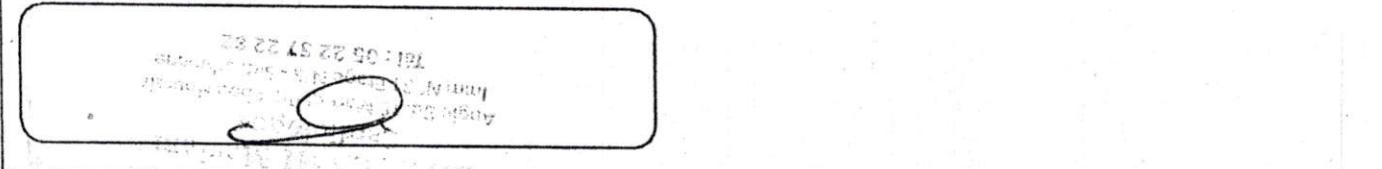
Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *cardiogramme, Buprestheros, cardenol, Tabo ou LDNO 20*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *08/07/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

R.C :303606

Patente:36030170

T.V.A.

C.N.S.S:6702600

Tél : 0522992652

Le 07/11/2022

FACTURE N°199933

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

JAMAL EL ARAB LAHSEN

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd: Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
(NPE: 09204945) - ICE: 002072066000035

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

851,00

Remise

0,00

851,00

Nombre d'Articles : 4

TVA 7% Base

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Huit Cent Cinquante Un Dirhams*