

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Declaration de Maladie

N° W19-432966

240990

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 102330	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHARZI
Nom & Prénom : BENDAOUD			
Date de naissance : 22/11/74			
Adresse :			
Tél. : (06) 62-12-58-58 Total des frais engagés : 405,80			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin	Dr BOUJEDDAÏ TSOUÏ Abderrahmane Médecine Générale P1 Taza Rue 50 N° 2 May Moudy Chibatib Ain Chock Casablanca Tél 0522 21 04 58		
Date de consultation : 15/12/06	Nom et prénom du malade : er Ben Youssef Age : 50		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Sinusite + Coophtu			
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'adjudication conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : OSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/12/06

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 INP : 109636988
17/12/82	Chir	1	1000	<i>DR. MOUEDDAINE TSOUADJI</i> Dr. MOUEDDAINE TSOUADJI 15 Rue E. Zola Ain Chock Casablanca 10000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL AZHAR</i> DIOURI MOHAMED 133, Bd Taza Hay M. Abdellah Tél : 05 22 21 59 00	15/12/82	256,30

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

Cachet et signature du Particulier	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION 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'EXE

bronchokod
sans sucre Adultes

J. I. Abdelhaq

LOT:1170
PER:09/24
PPV:22,90DH

AXIMYCINE® • 14 comprimés dispersit

PPV 64DH10

LOT 260074
EXP 08/2024

۵ ۲۲ ۲۱ ۶۴ ۵۸ : هشت



الدكتور بحرين التسولى عبد الحق

الطب العام

الفحص بالصدى - ختانة الأطفال

موضع السكري

طیب عسکری ساپقا

شیر محلف لدى المحاكم

مقبول لتسليم شواهد

رخص السياقة

رخصة العمل رقم - 7147

الدار البيضاء - المغرب

3 Eafkoud - KIMID
1: Admire 8 1P. ✓

6: My & 8/0 S
2: clean off 8/0 S.V.

7: Embroidered 8/0 S.V.

2290 8: Net & 8/0 H G.A.

4786 9: D-8ct 8/0 S.V.

Dr. BOURJATI FOUAD Abdellatif
1971-1972

زاوية شارع تازة و مر جبل صغرو (زنقة 50 سطيف) رقم 2 فوق صيدلية الأزهراء حي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء
Angle Bd Taza et Allée Djebel Saghro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

En Cas d'urgence contactez le Gsm : 06 63 09 08 50 في حالة الاستغاثة اتصلوا بـ

8. tributine : (S.V.)
 24 DH
 Met & 87/10/03
 6. Kolmag
 19.90
 Met & 87/10/03
 256.3.
 256.3.

LOT : 220354
 PER : 05/2027
 PPC : 79,90DH

KALMAGAS®



PPU: 17.10 DH
 CB04962
 EXP: 07/2025

PHARMACIE AI
 DIOURI MOH.
 133, Bd Taza Hay My A
 TAI : 05 22 2

LOT : 7027
 UT. AV : 03-27
 P.P.V : 24 DH 50

TRIBUTINE®

Trimébutine 0,75%

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
 40 Comprimés enrobés gastro-résistants

