

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.

118272

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10327	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : AZZAIZI Ouhamed			
Date de naissance : 06/11/1974			
Adresse : BD HACITINI AL FAKIL RUE DES JARDINS DE BALE 2 EMM 4 APP 8			
Tél. : 06 66 49 38 49	Total des frais engagés :	363,90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2023 FEV. 2023
Nom et prénom du malade : Allal Ben Abdellah
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Vaccination
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route
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 : **Casablanca**

Le : **01/02/2023**

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
01/02/23		G		INP : 00000000000000000000000000000000

AMRAN M'hamed - Centre de Gérontologie - 10 Avenue de la République - 90000 Lille - Tél: 03 64 25 18 12 - Fax: 03 64 25 18 13 - E-mail: amran@centredegeronetologie.com - Site: www.centredegeronetologie.com

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet et signature du Médecin ou du Fourneisseur	Date
01/02/23	Montant de la Facture
31,90	332,00

AMRAN M'hamed - Centre de Gérontologie - 10 Avenue de la République - 90000 Lille - Tél: 03 64 25 18 12 - Fax: 03 64 25 18 13 - E-mail: amran@centredegeronetologie.com - Site: www.centredegeronetologie.com

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

AMRAN M'hamed - Centre de Gérontologie - 10 Avenue de la République - 90000 Lille - Tél: 03 64 25 18 12 - Fax: 03 64 25 18 13 - E-mail: amran@centredegeronetologie.com - Site: www.centredegeronetologie.com

AUXILIAIRES MEDICAUX					
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.

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
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

[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

Cabinet de Pédiatrie
Dr EL ALAMI ☺

Docteur EL ALAMI Abdellatif

Spécialiste Pédiatre
Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Fibroscopie Digestive Biopsie Jejunale

Sur Rendez-vous

الدكتور العلمي عبد اللطيف
اختصاصي في أمراض الأطفال والرض
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضا
التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

بالموعد

Casablanca, le 01.01.2018 : الدار البيضاء، في

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
ADACEL POLIO SUSP INJ
B1 SER
P.P.V : 332,00 DH

PRIMALAN
 SIROP FL 120 ML
 P.P.V : 31DH90
 LOT : 22E008
 PER.09 2024

332.00 31.00 / ADcel Polis
HARMATTAN
Hay Nasim N° 1 L.A GUERISON
Tel.: 05.22.91.54.76 Casa
Primalamb
Mr V
EL ALAMI Abdellatif
Boulevard de l'Indépendance
BP 1111 Jeddah 21560
Casa 0065-18340
046425
S.V.

AMRANI M'hamed
Pharmacie SAAD
44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrad) - Oued - Casablanca
Tél: 05 22 25 54 85 - INPE: 092051922

87، شارع 11 ينایر (جانب سینما کولیزی) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 95 00
87, Bd. 11 Janvier (à coté du cinéma colisée) - Casablanca - Tél : 05 22 31 95 00
En cas d'Urgence, Contacter GSM : 06 61 13 83 40