

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-587747

NSX998

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

4856

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GHABBAR

MOSTAFA

Date de naissance :

18/05/61

Adresse :

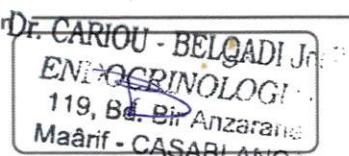
16 RUE MOSK ALLIE Re's ZAHRA
Hay RAHA (Beauséjour) CASA

Tél. :

0661965316

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/04/2023

Age : 196

Nom et prénom du malade :

BENDOULLAH Karima

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Diabète - ostéoporose



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'att. médecin 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
12.07. 2023	C7	.	3000.00	INPE: 091039412 Dr. CARION BELGAZI ENDOCRINE 119, RUE M...

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Bousaada - Côté de Masjid Annour - Beauséjour Tél:0522 36 84 30 - Casablanca Patente:34808192	10/04/23	2013,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

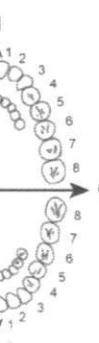
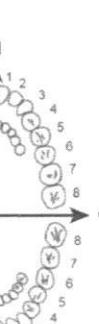
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>ORLIMEDIS NEGOCE SARL Agence 20 Août N° 22 Bis Angle Rue Lahcen El Arajoune et Rue de la Plage - Casablanca TAI : 05 22 22 22 22 / 05 22 22 22 22</i>	<i>11/04/23</i>					<i>100,00</i>

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				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'EXÉCUTION

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

Fosavance 5600 UI
4 comprimés

Dr. CARIOU BELQADJI Joelle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جووويل

الاختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بجامعة

que BEN DOKOU Ramme et GABBAR Casablanca, le : 10/04/23

3 x 390,00

3B { GALVUS 50.
 1 up lemette

$$3 \times 193,60$$

1000
23(50)

~~2 x 71.30~~

2B

E13D 1B

69,20 18

2013.90

البيضاء الدار - بف 20100 المعاد

05 22 99 26 53 0

119 Bd BIR ANZARANE - Résidence

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05

PHARMACIE AL WOUROUD

PHARMACIE AL WOOUHOUE
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour Beauséjour

Tél: 05 27 36 84 24

101.0522 50 0950
- Datanta 2.1

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda
Région de Batna

Région de Rabat
PRV: 69-30-DU

PPV. 89,20 DA

118001 141678

tanakan 40 mg **akan** 40 mg

COMPRIMÉS ENROBÉS

Barcode

118000 011545 18000 011545

ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° :

FC2302250

Date	CLIENT	PAGE
11/04/23	34210475	1

MM BENDOUROU KARIMA

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
G133-111	1	BANDELETTE ON CALL PLUS 50 TEST	20%	100,00	100,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
Agence 20 Août
N° 22 Bis Angle Rue Lahcen El Arjoun
et place la Casablanca
22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
83,33	20%	16,67

Total HT	Mt TVA	Total TTC
83,33	16,67	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
100,00

DHs