

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9997	Société :	SP
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	158360
Nom & Prénom :		ALLALI TANIK	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :		ALLALI INES	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age :		Enfant	
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : 

Results

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° W21-768642

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9297**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ALLALI**

TARIK

Date de naissance :

11/02/1971

Adresse :

16 rue oukchouane, CASABLANCA

Tél. : **00233 202 01 6564**

Total des frais engagés : **1665** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAZI Mustapha
Pédiatre
Angle Bd Omar El Khayam
et A. Bourabid (Ex-Bd. Jerrada)
Tél: 0522 22 06 22 / 0522 20 48 84

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/2/2023

Nom et prénom du malade :

ALLALI INES

Age : **21/03/2021**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Allergie Cestacée**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

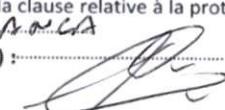
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASABLANCA**

Le : **20/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20/9/2013	C	-	300,00	INP : 0911133835
				2013-09-20 13:38:48 Signature de l'infirmier (J. Ferrada) 05/12/2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHERENT

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.

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur TAZI MUSTAPHA

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Nancy

SPECIALISTE - PEDIATRE

Angle Bd. A. Bouabid (ex Jerrada)
& Bd. Omar El Khayam
2ème Etage - Casablanca
Tél.: C. 0522 22 06 22 / 05 22 20 48 84
D. 0522 94 13 87

sur Rendez-vous

الدكتور التازي مصطفى

خريج كلية الطب بنانسي

اختصاصي في أمراض الأطفال

زاوية شارع عبد الرحيم بوعبيد (جرادة سابقا)
وشارع عمر الخيام الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 22 06 22 / 0522 20 48 84

0522 94 13 87 . م

بالموعد

Casablanca, le : 20/2/2023

Mr. alleli INES

- nf dep. env
- Ig E Total
+ spécpur de soin
(+ 15 pneumopneum)
(+ 15 tracheopneum)
- France Lorient 5/2/23
3 jny

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur
Casablanca
Tél: 0522 48 35 34 - 05 22 20 48 84

Dr. TAZI Mustapha

Pédiatre
Angle Bd. Omar El Khayam
et Bd. A. Bouabid (ex Bd. Jerrada)
Tél: 0522 22 06 22 / 0522 20 48 84

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 56658

Casablanca, le 20/02/2023

CN 74189

Nom et Prénom : **Enfant ALLALI Ines**
Référence : **200223 057**

BILAN :

PARASITOLOGIE 2E ECHANTILLON B 40

PARASITOLOGIE 2E ECHANTILLON B 40

PARASITOLOGIE DES SELLES B 40

IGE TOTALES B 200

MEDIWISS MIXTE B 500

CRP B 100

NUMERATION FORMULE B 80

Prélèvements : 1 25,00 Dh

MONTANT NET : **1365,00 Dhs** (Soit 1000 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille trois cent soixante cinq Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Casablanca 21, Place Pasteur
Tél: 0522 49 26 74 / 0522 49 28 11