

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-806565

169824

Maladie

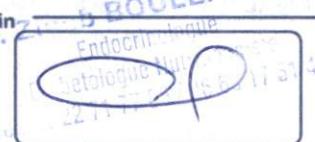
Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10304</u>	Société : <u>R.A.M.</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	<u>Venue de Merguenki Idrissi Mohammed</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>06 439 60102</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/06/2013

Nom et prénom du malade :

Hajer Benki Sadrini Bahloul, Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

1b decycleg -

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 : 17/06/2013

Signature de l'adhérent(e) : MUPRAS

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
14/06/2003	g		150.-	INP : 09160004 Signature : Dr. B. S. 17/7/2003

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>El Chahid Casablanca Seucca Bernoussi Casablanca Tél. : 05 22 75 59 14</i>	14/06/13	254,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb BOULBAROUD

- Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
- Nutrition et Maladies Métaboliques
- Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة زينب بولبرود

- اخصائية في أمراض الغدد والسكري
 - التغذية و أمراضه الذينض
 - خريجة كلية الطب والصيدلة
 - بالدار البيضاء

الفحص تاريخ لا غير

Casablanca, le ۱۴ جولی ۱۹۷۳

que Ternau'ski skrini obitelj.

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CPPEL B20 PPV : 84DH90 125512

maphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabea Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

naphar
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90 125512

1) Daphne

84,90x3, 1q x 2 (T) S per m²

$$\text{de } \mathbb{J}^{24} - \mathbb{J}^{24},$$

284.70

✓ 3m's

A red rectangular stamp with the text "CANADIAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION" at the top and "CPS" at the bottom. In the center, there is a large, dark blue ink signature that appears to be a stylized "X" or a similar mark.

Jr. Zinck Boulbarour
Technologische Universität
Dresden 01063
Tel: 03 22 71 77 300 06 63 17 51 3

N°29, Angle Bd. Mohamed Zefzaf et Bd. Abdellah Ibrahim
Résidence Anass, 1 er étage, Appt. N°2, Hay Al Walaâ - Attacharouk - Casablanca
05 22 71 77 80 - 06 68 17 51 41 **cabinet.drboulbaroud@gmail.com**