

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0002181

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	RD M
Matricule : <u>2693</u>	Date de naissance : <u>17/07/19</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>Tarek Nadeq</u>	Adresse :	
Tél. : <u>0561155657</u>	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	<u>30/07/2019</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>Boubaker Mokhtar</u>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Hypertension Diabète</u>		
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) :

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
26/01/2023	3+1/4	100%	100%	 Dr. MOSTAFA EL MAAN Professeur de Cardiologie 356, Rue Mostafa El Maan. CASABLANCA Tél: 022 77 18 2410522 26 13 3 21130922

INP : 09115

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur.	Date	Montant de la Facture
<i>l'Ermitage 022 860 54 54 Qui m'aide</i>	30/12/23	2200,80
	27/12/23	27,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
48, Avenue l'Ermitage BP 022-86.19.24-Fax: 05 53 02 02 86 Signature : 			

AUXILIAIRES MEDICAUX

SOINS D			COEFFICIENT DES TRAITEMENTS	LOT 220455 EXP 03/2027 PPV 20.80 DH
Traitées	soins	Coefficient	MONTANT DES SOINS	20,80
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	20,80
			COEFFICIENT DES TRAITEMENTS	68,90
			MONTANT DES SOINS	20,80
			DATE DE REVISÉ	20,80
			DATE D'EXÉCUTION	68,90
			VISA ET C	20,80

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
H	D	G
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	
B		

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدموية الوعية القلب أمراض في اختصاصي

خريج كلية الطب السادس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient:

Pharmacie Casablanca, le 30/05/2023

MADIA

i) Glucophyse 800
 $20.80 \times 18 = 1 - 1 - 1$

29) TMBVCR (06)
148,00 x 6 Pongal 100% 1413

(4) LCP (I) b. val.
6890 X^b fl. disc + sky
LCP b. val.

~~68.90~~ $\times 10^3$ ~~100 b. cals.~~

say Webster is my

87.10x/ TCR it
present de la Mairie

٣٣٦. لغة مصطلح المعانى (قرب نقا أثادير) - الدارالسخناء

356 Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / **06 62 88 90 91** - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

tel.: 05 22 22 18 64 ; fax: 05 22 22 18 65 - CNSS : 2700608 - IE : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

68,90

LOT : 097
PER : OCT 2025
PPV : 148 DH 00

à portée des yeux

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

LOT : 099
PER : JAN 2026
PPV : 148 DH 00

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

LOT : 094
PER : AUT 2025
PPV : 148 DH 00

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

20,80

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

20,80

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■

28 comprimés ○

PPV 87DH50

68,99

20,80

20,80

20,80

PHARMACIE L'ERMITAGE

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA
05 22 86 19 24, IF:42105620
Tél : 210696
Patente : 36366490, ICE:001634422000077

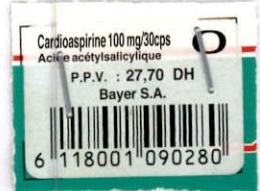
Facture N° 49 313 Du 27/juil./2023

Client : TAZI NADIA

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	CARDIOASPIRINE	1	27.70	27.70
1	Total	1		27.70

27.70

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
VINGT-SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES



6 118001 090280

