

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.

N° W21-824610

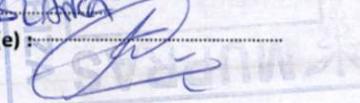
181949

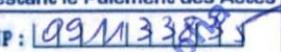
| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 9297 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ALLALI TAZI | | | |
| Date de naissance : 11-02-1971 | | | |
| Adresse : 11, Rue Allal Ben Abdellah, CASABLANCA | | | |
| Tél. : 0661 92 07 23 | | Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Cachet du médecin : | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. TAZI Mustapha Pédiatre Angle Bd Omar El Khayam et A. Bouabid (Ex-Bd. Jerada) tél. 0522 22 06 22 / 0522 04 48 84 </div> | | |
| Date de consultation : | 31/10/2023 | | |
| Nom et prénom du malade : | ALLALI INES | Age : 2/3/2021 | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Asthme, Reflux, Vom�ement | | |
| 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 : 03/11/2023
 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 |
| 31/11/23 | C | — | 3000.00 | INP : 09M133893 |
| | | | |  |
| | | | | Dr. El Khayam Jerrada 0322 20 48 81 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACE 2021 Dr. Hind Benmous 1 Rue El Okhouni 161-052239 86 7 Cof | 3/11/2023 | 88,50 |

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

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

Docteur TAZI MUSTAPHA

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Nancy

SPECIALISTE - PEDIATRE

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

Sur Rendez-Vous

الدكتور التازى مصطفى

خريج كلية الطب ببنانسى

اختصاصى في أمراض الأطفال

زاوية شارع عمر الخيام
وزنقة بوعبید (شارع جرادة سابقا)
الهاتف : 0522 22 06 22 / 0522 20 48 84

بالموعد

Albali Ing.

69,00

Maphar
Bd Alkima N° 6, 21.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185030

vit c A'S Acerola. Biofar

19,50

-

vitolok A'S 1 no. un. 021

88,50

PHARMACIE DU CAP
Dr. Hind Belmoussa
1 Rue Al Khouane
Tél : 05 22 39 83 73

1 Ampule 1ml

1 flacon

fm la ferme.

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

Lot N° / A consommer de préférence avant fin ;
Batch N°/Best before and use

BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20

PPC : 69,00

Ut Av

Lot :

02/25

2056/5

IPHADERM

3 760049 895285

Poids net :

Net weight:

الوزن الصناعي :

90g

