

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



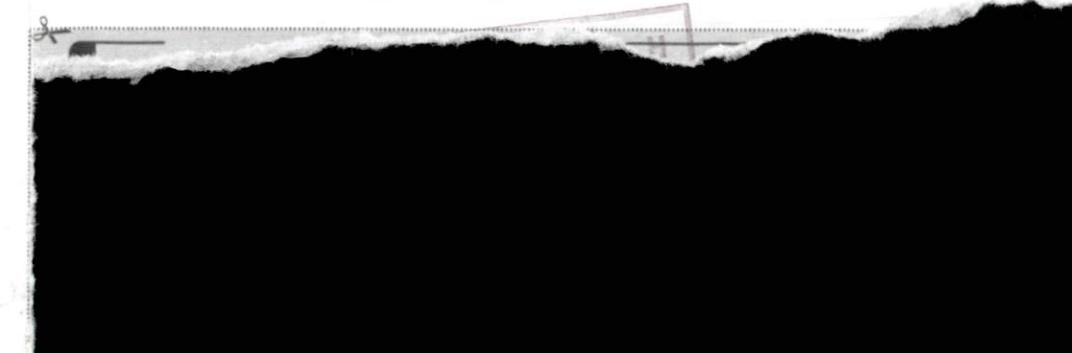
Déclaration de Maladie

N° W21-773593

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1989	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LOUARDI RADIA A 95840
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : Lat. vermond Rue 2 N° 14 casab			
Tél. :	0661 97 58 16	Total des frais engagés : 1286,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : LOUARDI Radia, Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : dyer post - checl - chech - lomach you,			
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 : casab. Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 20/02/2014



Autorisation CNDP N° : A-215/2012

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
19/02/2011	Q2		5000	DOCTEUR HADJATOU HAOUSSA PHILIPPE BOURGEOIS 18/02/2011 05:22:06 Signature et Cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PORTE CALIFORNIE Route 109, Dar Haj Daoui Achkou, Route de la Medina Casablanca 05 22 29 31	19/02/24	786.80

INPE:001043947

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

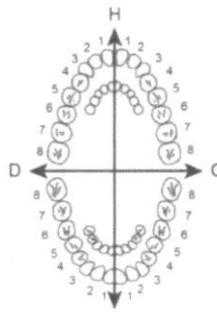
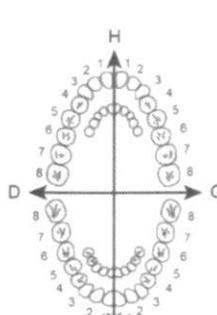
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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		
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} \quad \begin{array}{r l} G & \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION					

Docteur Nadia R. CHAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste Maladies des Os - des Articulations,
des Muscles et de la Colonne Vertébrale
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Ancienne Anachée des Hôpitaux de Montpellier

الدكتورة نادية الشاوي

إختصاصية في أمراض

الروماتيزم - العظام - المفاصل

العضلات والعمود الفقري

خريجة كلية الطب بمونبلييه (فرنسا)

طيبة ملحقة سابقاً بمستشفيات مونبلييه

Casablanca, le 19/02/2021 الدار البيضاء، في:

49.60

13

FELDENE fast

89.50

20

NEW-FLEX a. آلة مساعدة

1

م/app x 31

71.00

45

MEBEVERE 400 mg

14.40

م/app x 10

5

Douleur articulaire

1

م/app x 21

شارع عبد المؤمن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء

Bd. Abdelmoumen - Rue Abou Marouane Abdelmalek - Résidence Hicham - 2ème Etage - N°5 - Casablanca

Tél. Cabinet : 05 22 86 45 87 - هاتف العيادة : 06 67 04 75 53 - GSM : 06 67 04 75 53

طيبة ملحقة سابقاً بمستشفيات مونبلييه

HARMACIE PORTE CALIFORNIE
Route 109 Dar Haj Daoui
Tchikou, Route de la Mecque
Casablanca
55 22 81 29 31

ISOPHARM
NEWFLEX GEL
RAFRAICHISSANT
89.50 dhs

PPV 140H43
09/24
PER 12882
LOT

HiB02 98.4025 u SPC 1

98.1025
47.80 \rightarrow SPC 1

Maxima S E
2p a 21)

77. w

1. Cetodol
2. Lip 121

✓ 486.8

18

23208A
04 2025
98,50 DH

23208A
04 2025
98,50 DH

23208A
04 2025
98 50 01

232084
04 2025
98.50 D

23208A
04 2025
98,50 D

10 f.

47,80

✓ 2400

الدكتورة نادية الشاوي
Docteur Nadia CHAOUI
RHUMATOLOGUE
Tél: 05 24 86 45 87 - Casablanca
GSM: 06 67 04 75 53

PHARMACIE PORTE CALIFORNIE
Route 109, Dar Haj Daoui
Tachkou, Route de la Mecque
Casablanca -
Tél. 25 82 91 29 31