

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

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.

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° W21-727271

107586

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8647	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAMID BENNANI ABD			
Date de naissance : 23-09-1971			
Adresse : HABTUEILLE			
Tél. : 0661327832	Total des frais engagés : 100000 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 22/09/2019	
Nom et prénom du malade : HAMID BENNANI ABD	
Age : 42	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non	
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) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-727271	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 8647
 Nom de l'adhérente(e) : HAMID BENNANI ABD
 Total des frais engagés : 100000 Dhs
 Date de dépôt : 20/09/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Reçus et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/02/24	C2	300 d'4	1500	REÇU 22/02/24 ROUTE 35 CEC 35-364

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ALBI en Pharmacie 17, 18, Bd de la République 81000 ALBI Tél. 05 63 35 15 15	10/12/2014	1420,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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	
ORLIMEDIS NEGOCE SARL Agence 20 Août N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoune et Rue de la Place - Casablanca Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65	02/03/					180,00

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



Casablanca, le :

92/02/24.

M HOUAD BENNAZI -
+ B. HOUAD BENNAZI

ORLIMEDIS NEGOCE SARI

Agence 1

N° 22 Bis, Angle Rue

Rue de la Plac

10.00 20.00 30.00

25.00

25.00

DR. ARBAOUI
DIABETOLOGISTE
Résidence Jawhara 150 route de l'Oasis - Casablanca
Tél: 0522 25 61 05 - 0522 25 61 65

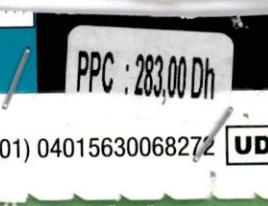
170.00

390.00 x 3

+ Galvanique 150.00

150.00

390.00 x 3



PPC : 283,00 Dh

(01) 04015630068272 UDI

إقامة جوهرة، 150 طريق الوايس (مقابل مدخل مول طار الوايس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



ORLIMEDIS
NEGOCE

Facture N° :

FC2401282

Date	CLIENT	PAGE
02/03/24	34210475	1

HOUMID BENNANI ADIL

TPE010129

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
TPE010129	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819382078	1	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	180,00	180,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARL
Agence 20 Août
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun
et Rue de la Place - Casablanca
Tél : 05 22 20 39 39 / 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
150,00	20%	30,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
150,00	30,00	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
180,00

DHs