

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

- 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° D9-08 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° W21-728631

203207
par
Poum

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule 191

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OULADA M'HAMMED

Date de naissance :

25 Rue Al Madina, Hassan II, Casablanca, Maroc

Tél. : 0537 205147

Total des frais engagés : 1840.90 DH

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR S. OHAYON-AFFAH
40. Zankat Abdelmoumen
Tel : 73.11.07 - RABAT

Cachet du médecin :

Date de consultation :

n°oulad n'haneet.

Nom et prénom du malade :

Age : 93 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA

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 : Rabat

Le : 03/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

DOCTEUR S. OHAYON-AFFAH
40. Zankat Abdelmoumen
Tel : 73.11.07 - RABAT

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-728631

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 : 191

Nom de l'adhérent(e) : OULADA M'

Total des frais engagés : 1840.90 DH

Date de dépôt : 04/04/2024

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
07/04/2024			200 DH	INP : 1010018821 DENTEUR S. CHATOUNI - RABAT BECIMOUNI - RABAT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SOUFISSI Hassan	07/04/2024	164,29 DH
	10/07/2024	102070414

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

40 زنقة عبد المؤمن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الإلكتروني : solangeaferiat@gmail.com

N° oulada N'hamed

4420
2820 ① Diamicet 60
1cp 1j

2220x3 ② Anginib 50mg.
1cp 1j

3060x1 ③ Esi-dex. 25ug
1cp 1j

1130
2880x3 ④ Lendizaspr. 100
1cp 1j

83X
2880x3 ⑤ LD Nor 10ug.
1cp 1j

48340
3920x3 ⑥ Cordarone. 2ug.
1cp 1j

289AP
113Xx3 ⑦ Hypenium 1mg.
1cp 1j

340X
638 ⑧ Cefot. LP 2⁰/5
1 goutte le mat.

9) Novicptol. gel
1980 1cp. 1; si deux
traitent de

3 més

1640-190

محلية صومعة حسان
place de l'Unité Africaine - Rabat
Télé: 05 37 77 00 45
pharmacie BOUZIRI

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40. Zankat Abdelmoumen
Tél. : 05.37.73.11.07 RABAT

Pharmacie SAWMAAT HASSAN - Rabat

👤 Taieb BOUZIRI
📞 0537720250
📍 1 RUE RIAD HASSAN



Facture N° FAC-1015

Date
2024-04-04

Client
HAJ OULADA

Produit	Qté	P.U	Total
NOCICEPTOL GEL ANTI-DOULEURS AUX HUILES ESSENTIELLES EFFET THERMIQUE 120ML	1	198.00	198.00
CARTEOL LP CL 2% 3ML COLLYRE	1	68.80	68.80
HYPERIUM CO 1MG B30 COMP	3	113.50	340.50
CORDARONE CO 200MG B40 COMP	3	89.70	269.10
LD NOR CO 10MG B30 COMP	3	57.80	173.40
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	3	27.70	83.10
ESIDREX CO 25MG B20 COMP	5	30.60	153.00
ANGINIB CO 50MG B28 COMP	3	77.20	231.60
DIAMICRON CO 60MG B30 COMP	1	44.70	44.70
DIAMICRON CO 60MG B60 COMP	1	78.70	78.70

Total client	Total
1,640.90 DHS	1,640.90 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Mille Six Cent Quarante DHS et Quatre-Vingt-Dix centimes

صافى
الإجمالي
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taleb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine, Rabat