

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.

Diagnostique 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

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- 0015369

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK Saad Date de naissance : 24.04.1953

Adresse : 13 Rue OURIKA HAY SQUAM. CAS 7

Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Abdelmali JOUAL
Chirurgien Urologue
416, Bd Abdelmoumen Imm A, N°3
Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22
Fax 0522 98 98 22

Date de consultation : 27 / 05 / 2019

Nom et prénom du malade : Age : 2019

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur rénale droite

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 : 27 / 05 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
27/05/19	29/05/19	25	100	Professeur Abdennabi JOUAL Chirurgien-Dentiste 415 Bd Abdelkader, Immeuble A, N° 1 Casablanca - Tél. 0522 98 98 12/22 Fax 0522 98 98 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

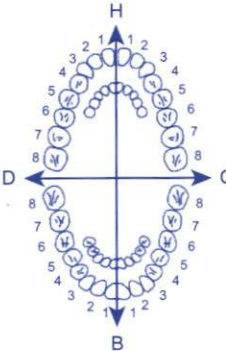
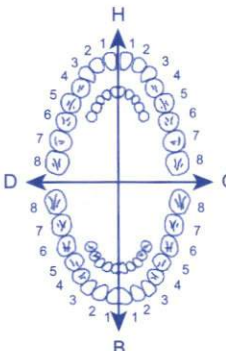
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Pr. Abdennour BOUAL
Chirurgien Urologue
ANOUAL CAPITAL CENTER
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
Tél.: 0661 14 43 29 - Casablanca

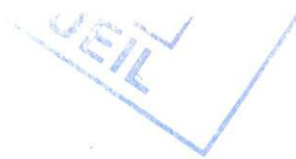
Casablanca, le 29/07/19

LAZAR Saad

Doliprane 500

1 4x3/1

Pr. Abdennour BOUAL
Chirurgien Urologue
ANOUAL CAPITAL CENTER
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual
Tél.: 0661 14 43 29 - Casablanca



URGENCES 24 / 24 مستعجلات

CLINIQUE DAR SALAM

NOM DU PATIENT : M. LAZRAK Saad DATE DE NAISSANCE : 24/04/1953		N° DE DOSSIER : 19E27081458 Sejour : Du 27/05/2019 au 29/05/2019 Médecin traitant : Dr. JOUAL ABDENBI	
Reçu			
Païement du 27/05/2019 12h24			
Montant		810,00 Dh	
Type de paiement		ESPECE	



BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000429057

Date et heure 27/05/2019 - 12:58
Etablissement CLINIQUE DAR ESSALAM CASABLANCA
(00000CL202)
200002

Malade no 0536658
Nom et prenom LAZRAC SAAD
Sexe / ne(e) le
Groupe sanguin O Positif

Service
Ref. commande 1002265969

CGR DON HOMOLOGUE (3H000)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192015226		O +		1	06/07/2019		250
0005	0519201504-		O +		1	06/07/2019		250

TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	2	500	360/poche	720

Signature responsable

WAFA.H



DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE AU C.T.S. DANS LES 24 HEURES APRES LA DISTRIBUTION

NUMERO 0000000429057

Date et heure: 27/05/2019 - 12:58

UTILISATION EFFECTIVE DANS LE SERVICE: Pharmacie (00400)

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



05192015226

Produit	Produit	NO DE DON / No Lot	Problèmes transfusionnels
---------	---------	--------------------	---------------------------



CGR DON
HOMOLOGUE



0519201504-

CONFIRMATION DE L'IDENTITE DU RECEVEUR (nom, prénom):

