

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

- Reclamation : 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° P19- 0012480

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1296 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANDUAR Date de naissance : 09/08/1958
 Adresse : 99 Rue de l'Hay Erraha
 Tél. : 06 29 49 1031 Total des frais engagés : 648,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SADIK Fouzia
 Médecin
 104, Rue Mimouza Hay Erraha
 Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : D^r ANDUAR Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL - Beluite
 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
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
 Date : 02/10/2019

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
12 OCT 2018	5	01	150,00	 Dr. SADIK FOUZIO Médecin 104, Rue Mimouna Hay Erraha 95 22 36 58 91 Casablanca

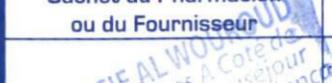
12 OCT 2018

01

150.00

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. SADIK FOUZIA
Médecin
104, Rue Mimouna Hay Errahja
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.10.19	442,20
	18/10/19	56,00

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

21.10.19

442, 20

18/20/19

56.00

[illegible]

**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	

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires	
------------------------------------	--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

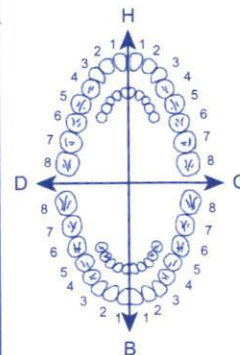
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 canaux, ainsi que le bilan

[illegible]

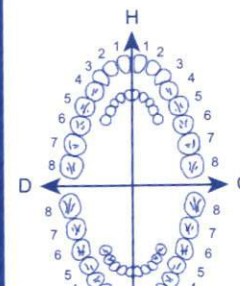
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	B	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الـحـتـمـة صديق فوزية

ام RODGYL
Cp pel B30
مدى P.P.V. : 95DH00

المدارس سابقا
الطابق الأول - بوسيجور

الدارال - نساء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le :

21 OCT 2019



ANOUAR med
95,00 x 2
190,00
(N.S) Rodogyl 100

58,40
Solupred 20mg

58-40
28
Solupred 20mg
14,40

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34608192

(N.S) Solupred 20mg
24p; + régime pen d'été x 06;
(N.S) Doliprane 1000

PPV 140H40
PER 08/20
LT H1794
PPV 140H40
PER 08/20
H1794

140p
(N.S) 19p 37; 14,40
des

LOT: 181030 PER: 02-21
PPV: 140,00DH

25,00
442,00 (N.S) Drill sirup (01B)
25,00 x 3 fois

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimosa Hay Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

FACTURE

N° 127

A ~~CASA~~ Le 18/01/2019

M

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
2	Palmfruits	18,00	36,00
1	Doligriffe sachet	20,00	20,00
			<hr/> 56,00

Cinquante six dirhams

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

PPV: 20DH00
PER: 02/22
LOT: 1529