

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

générales :

re réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
re réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
idité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
ente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
actions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
pour tous les actes effectués en série.
cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de
ins.

macie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ptique :

■ 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0047050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1098 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIANI MOHAMMED

Date de naissance : 11/11/48

Adresse : Virtuelle

Tél. : 0671426770 Total des frais engagés : 432,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/8/2021

Nom et prénom du malade : DIANI MOHAMMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Asma

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) :

Le : 18/8/2021

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

Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
23/01	21 C		250	

570-555a

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Pharmacie du CAF Mme CHAOUI 1 Rue Al Oukh Casablanca	23/08/2021	182,00
---	------------	--------

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 :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le

--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents	Nature des	Coefficient
-----------------	-------	------------	-------------

Soins dentaires	Traitées	Soins	Examens	
-----------------	----------	-------	---------	--

--	--	--	--	--

				Coefficient	
--	--	--	--	-------------	--

[illegible][illegible]

				MONTANTS

						DES SOINS
---	---	--	--	--	--	-----------

[illegible]

D	G			
---	---	--	--	--

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
Spécialiste de l'Appareil respiratoire
Allergies respiratoires
Diplôme universitaire
Sommeil et Ronflement
INPE 091070870

الدكتور عبد الوهاب الحاج خليفة
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية
دبلوم جامعي في أمراض
الشخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 23/01/2025 في الدار البيضاء،

$\cap =$ Join $\cap =$ named.

95.00

Flowin S

sq 15

Lot : LOT : 201361
PPV : PPV : 95,00DH
Exp : UT AV : 10/2025

48,50

TEPh met long =

2. on $\bar{v}_1, \alpha$

PPV: 48DH50
PER: 06/24
LOT: K1632

bottu s.a.
Suzanne - Ain Seba - Casablanca
Pharmacie Responsable

39. 00

$$\overline{1} \text{ Ne } \infty = \text{ Ne } \infty =$$

19 Feb 5'

117

variable = βx

LOT: M0568
PER: 06/2023
PPV: 39,00 DH

mg
es

Dr. A. J. KILTA
Pharmacologist
Tel: 05 21 81873 / 74 Casa
MPE: 051870270

Pharmacie du CAF الكاف
Mme CHAOUISAMIRA
 1 Rue Al Oukholine Beausejour
 Gasablanca Tel 05 22 39 89 73