

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 277 Société : R.A.M Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : ABOULHOUWA M.F. ABDELAOUTAHABDate de naissance : 01/01/1937Adresse : RUE BRAHIM NAKHAI DE BIBLINEEX 16 HOUAROUR ADI STG 1 NAADIFTél. : 26.56.0614.12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 SEP. 2019

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-122056	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-122056

DATE DE DÉPO

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 877		
Nom & Prénom ABOULHOUUDA MED ABDOUNAHAB				
Fonction RETRAILIER	Phones 2856051142			
Mail:				
MEDECIN	Prénom du patient ABOULHOUUDA Mohamed			
Athérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 82	
Nature de la maladie <i>fevrière !!</i>		Date 26-8-19		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>-</i>		Date 1ère visite		
Nature des actes S	Nbre de Coefficient 1 -	Montant détaillé des honoraires 322,25		
PHARMACIE	Date 26/08/2019			
Montant de la facture 193,00				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie
Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب
اختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي

كبد، معدة، أمعاء، بواسير حمبة
الفحص بالمنظار والتلفاز، جراحة المخرج
خريج كلية الطب بمنبولي، فرنسا
عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد
طبيب اخصاصي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 26/08/2019

Mr ABOULHOUDA Mohamed Abd louaheb

ZETALAX
1 lavement deux fois par jour (pendant 5 jours)

OSMOSINE
1 à 2 cuillerée(s) à mesure par jour

PHARMACIE CROIX DU SUD
Mme JOUNDY
62, Rue Mohamed SEDKI
CASABLANCA
Tél: 0522 27 75 34 - Fax: 0522 20 80 27

PHARMACIE CROIX DU SUD
Mme JOUNDY
62, Rue Mohamed SEDKI
CASABLANCA
Tél: 0522 27 75 34 - Fax: 0522 20 80 27

Dr Mohammed BOUTALEB
Specialiste des maladies du foie et de l'appareil digestif
Tél: 0522 27 00 51 / 0522 27 00 54
Fax: 0522 48 51 75
E-Mail : boutalebmed@gmail.com

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
314, زنقة مصطفى المعاني، قرب مقهى شان إلزي - 20140 البيضاء

Tél : 0522 27 00 51 / 0522 27 00 54

Fax : 0522 48 51 75

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

Lot : 049
À utiliser de
préférence avant le : 06/2024

PPC : 79,50 DH



LOT



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intégrale,
conservé correctement.

Lot : 047
À utiliser de
préférence avant le : 05/2024

PPC : 79,50 DH



LOT



Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intégrale,
conservé correctement.

PPV
34DH00