

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RAS 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
Nº P19-0033369

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2270 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre : Retraute

Nom & Prénom : Saad Abdellah

Date de naissance : 01.01.1984

Adresse : Rue Elia n. 15 - 11800 Casablanca

Tél. : 01-01-54 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 :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>	
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553	G	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
	<u>SAAD</u>	<u>2270</u>
DECLARATION N°		P 14/0028644
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>350 + 1358,40 = 1708,40</u>	
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		



P 14 / 28644

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>2270</u>						
Nom & Prénom <u>SAAD MOHAMMED</u>								
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>0522915125</u>							
Mail								
MEDECIN	Prénom du patient <u>N'Saad Mohamed</u>							
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>						
Age <u>01.01.54</u>	Date <u>21/09/19</u>							
Nature de la maladie <u>Troubles dépressifs</u>								
Date 1ère visite								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><u>C</u></td> <td></td> <td><u>350 DH</u></td> </tr> </table>		Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>C</u>		<u>350 DH</u>	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>C</u>		<u>350 DH</u>						
PHARMACIE	Date <u>02/09/19</u>							
Montant de la facture <u>1358,40</u>								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date								
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires								
AUXILIAIRES MEDICAUX Date								
Nombre		Montant détaillé des Honoraires						
AM	PC		IM	IV				



Le 21/09/13

N° Saad Mohamed

1/ Anafrel 25 p 15
 93,00 x3
 1/2 - 0

2/ Tegretol 400 CR 15
 95,00 x6
 1/2 - 1

3/ Temeste 1 15
 93,00 x6
 1/2 - 2

4/ Stilnox 10 15
 122,00 x3
 0 - 2

PHARMACIE AL OUARD
 CHALAK Haj Nassar
 Docteur en Pharmacie
 Tel / Fax : 05 22 80 53 45
 CASABLANCA
 05 22 80 53 45
 05 22 80 53 45
 05 22 80 53 45

~~Dr. Sanaa MAFTOUH
 Psychiatre - psychothérapeute
 Addictologue - sexologue - Psychogériatre
 Angle route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane
 porte B, 3ème étage - Casablanca - Tél. 07 07 23 78 05
 E-mail: sanaa.maftouh@hotmail.com~~

Tous mes

Tél : 06 60 23 78 05 / 07 07 23 78 05 - Email : sanaa.maftouh@hotmail.com

Angle route d'Azemmour et Boulevard Sidi Abderrahmane, Porte B, 3^{ème} étage, N° 3 - Casablanca

1358,40



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH



6 118001 030347
 ○ TEGRETOL® CR 400 mg
 Comprimé
 pelliculé sécable
 PPV : 95.90 DH

LOT : 8MA010
 PER.: 08 2020

TEMESTA 1MG
 CP SEC B50

P.P.V : 23DH00



6 118001 030071
 ○ Anafranil® SR 75 mg
 20 comprimés pelliculés sécables
 PPV : 93.00 DH



6 118001 030071
 ○ Anafranil® SR 75 mg
 20 comprimés pelliculés sécables
 PPV : 93.00 DH



6 118001 030071
 ○ Anafranil® SR 75 mg
 20 comprimés pelliculés sécables
 PPV : 93.00 DH

LOT : 8MA010
 PER.: 08 2020
 F.P.V : 23DH00



LOT : 9MA011
 PER.: 03 2021
 P.P.V : 23DH00



LOT : 8MA010
 PER.: 08 2020
 P.P.V : 23DH00



LOT : 8MA010
 PER.: 08 2020
 P.P.V : 23DH00



6 118000 061823



à libération contrôlée

28 comprimés

STILNOX® CR 12,5 mg

des enfants

enfant hors de la portée et de la vue

utilisation

Lire attentivement la notice avant

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

STILNOX® CR 12,5 mg

122,00