

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.

Biologie 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

- Réclamation : 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° P19-0001191

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1677 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reçu
 Nom & Prénom : OBEID Moutaha Date de naissance : 01/01/52
 Adresse : 41 Rue El Ghadfa Aps Maroc
 Tél. : 0661065053 Total des frais engagés : 842,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/19

Nom et prénom du malade : KARIM NABHA Age :

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

Nature de la maladie :

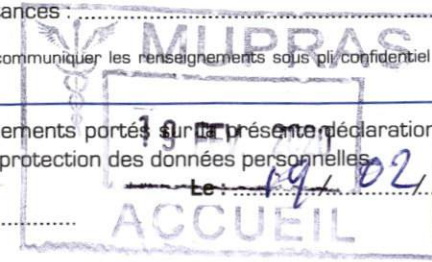
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 19/02/20 Casablanca Le : 19/02/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

Dr. Ahmed Elmaghrabi
Elmaghrabi & Partners
Tel: 05 22 89 42 42
Fax: 05 22 89 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/19	9280
	20/12/19	450,50

480.50

[illegible]

U BAHU
cie
ON

[illegible]

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 bilan de

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Noui

Spécialiste e
Orthopédiq
Diplômé de

de Montpellier
ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

ence de plaie

BOTTU SA
PPV : 45 DH 00

BOIRON®

الدكتور نور الدين

إختصاصي في جراحة

العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بمون

طبيب سابق بمستشفى

جراحة أمراض الروماتيزم

جراحة المفاصل بالمنظار

جراحة اليد

الجراحة التجميلية

Le :

2/12/19

Mr KARIM NAIMA

47,80

19 -

Darsen

2 - 0 - 2



45,00

19 -

Arnigel



0,25 x 3h

Mollea Pro active

Challenger

92,70

ORTHOVITAL
32, Rue Mohamed V
Maarif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 15 8

45,00

Dr. Nouredine AMRI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angioplastique
Abderrahmane El B. Sidi
Tél. : 05 22 40 42 89 - Casablanca



Appareillage orthopédique - Produits cosmétiques BIO

KARMI NAIMA

20/12/2019

FACTURE : 024/19

QUANTITE	DESIGNATION	PU TTC	TOTAL TTC
1	CHEILLERE MALLEO PRO ACTIV	450,00	450,00
<p>ORTHOVITAL 32, Rue Mohamed Houdaiki Maarif - Casablanca Tél. : 05 22 25 15 88</p>			
DONT 75 DHS TVA		TOTAL TTC	450,00

LA PRESENTE FACTURE EST ARETTEE A LA SOMME DE QUTARE CENT CINQUANTE DIRHAMS

32, Rue Mohamed Houdaiki - Maarif - Casablanca

Tél. : 05 22 251 588 / GSM : 06 64 675 783 / E-mail : orthovital17@gmail.com

R.C : 370065 - Patente: 35794514 - I.F: 20739473 - C.N.S.S : 5382445 - ICE : 001828898000029