

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

Informations 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.

Éducation :

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 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.

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

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° P19-0043421

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

26683

Matricule : 10222 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A.H.M.E.D., H.A.C.H.E.M.

Date de naissance : 01.01.1957

Adresse : Route E.L. Jadida N° 9 Km 13

Tél. : 06.61.81.53.56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/04/2012

Nom et prénom du malade : H. Rashedi Rashedi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appendi. gynécologique

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 : Cevi Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-043421

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10222

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1065.4

Date de dépôt : 05.04.2012

RELEVE 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
14/04/2022	Co	30000		

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ICABALICHTRAK PARAPHARMACIE Lot. Diamant Vert Proj. Ichraf Center Imm. N° 16 Magazine 7 Lissafa CASABLANCA Tél: 05 30 12 93 14 ichraf_pharmacie@gmail.com	16/10/180	713,00
	16/10/180	58,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

ESAN

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

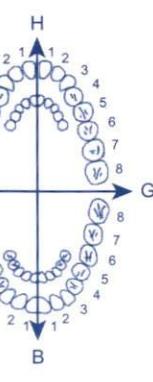
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 10px;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> Montants des soins <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> Date de l'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid MEZOUAR
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Accouchement - Chirurgie Gynécologique
Maladies du sein - Stérilité du couple
- Echographie - Colposcopie
Ancien attaché au service de Gynécologie
Obstétrique du C.H.U Ibn Rochd - CASABLANCA

الدكتور خالد مزوار
أخصائي أمراض النساء والتوليد
الولادة - أمراض النساء - الجراحة النسوية
أمراض الثدي - الفحص المبكر - الفحص بالمنظار
طبيب ملحق سابق بقسم النساء والتوليد
بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

الدار البيضاء، في 14/04/2020
Casablanca, le 14/04/2020

KHARBI KHADIJA

713,00

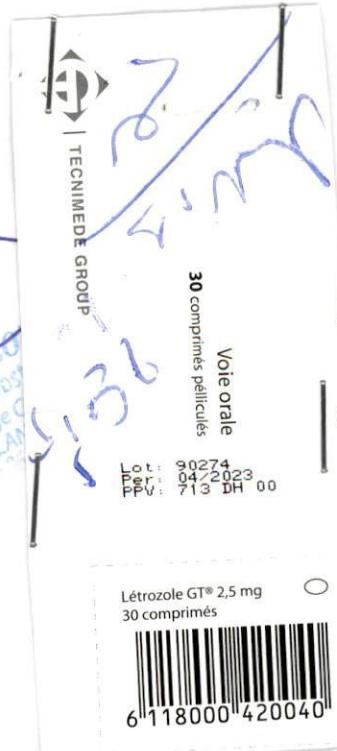


-Letrozol 2.5

1cp par jour 5jours

PHARMACIE ICHRAK CENTER
PARAPHARMACIE
Lot. Diamant Vert Projet Ichraz
Center Imdia N° 26 Magasin N° 7 Lissasfa
CASABLANCA - Tel: 05 30 12 93 14
Email: ichraz.pharmacie@gmail.com

Docteur Khalid MEZOUAR
Spécialiste Gynécologie Obstétrique
306, Bd Daoura 1er Etage Chahdia
OULFA - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 75 57 - GSM: 06 24 58 62 75



Docteur Khalid MEZOUAR
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Accouchement - Chirurgie Gynécologique
Maladies du sein - Stérilité du couple
- Echographie - Colposcopie
Ancien attaché au service de Gynécologie
Obstétrique du C.H.U Ibn Rochd - CASABLANCA

الدكتور خالد مزوار
اختصاصي في أمراض النساء والتوليد
الولادة - أمراض العقم - أمراض النساء
أمراض الثدي - الفحص بالصدى - العلاج بالمنظار
طبيب ملحق سابق بقسم النساء والتوليد
بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

الدار البيضاء, في 14/04/2020

KHARBI KHADIJA

26,20 Dh



-Acfol

39.40

PI

1cp par jour

ACFOL® | 5mg
Acide folique / Comprimés

LOT: 14219004
PER: 05-2023
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL® | 5mg
Acide folique / Comprimés

LOT: 14219003
PER: 04-2023
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale