

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.

Radiologie 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° W19-469892

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 26670			
Matricule : 352	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAARAJ MOHAMED			
Date de naissance : 01/01/1942			
Adresse : N° 60 Lot LINA			
Tél. : 06 62 06 52 03	Total des frais engagés : 3.00 + 2.109,30 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			Age:
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Angiome cerebral			
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) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-469892

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 : **352**
 Nom de l'adhérent(e) : **LAARAJ**
 Total des frais engagés : **2.109,30**
 Date de dépôt :

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
04/09/10 au 27/09/10	acte de soins	1	8022	INP : 09.1002235 Signature : Dr Jean-Pierre L'Hostis, Médecin de famille Date : 22/09/2010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/2020	2109,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Qāchet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* 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 soins

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS []
D	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS []	
B			DATE DE L'EXECUTION []	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad LAYADI

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

Electro-Encéphalographie (EEG)

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ex interne des Hôpitaux de France

Clermont Ferrand

PHARMACIE AHMIDA
Rue 1100 Complex Commercia
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 55 87 - 06 33 30 93 14
I.C.E: 000483700000083



الدكتور فؤاد الباي

جراحة الدماغ والأعصاب

جراحة العمود الفقري، آلام الظهر

التخطيط الدماغي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

بيب سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 04/01/2020 الدار البيضاء، في

leave to Mohamed
13.80 X3 - Maldol ft S.V. 5876
57.80 X3 - Notriman 12 S.V. 15387
666,00 X2 - Koplo 20 S.V. 5878
84,00 X6 - Mydoflex p S.V. 15387
23, زنقة طه حسين حي كوثي رقم 1 الدار البيضاء
2109.30

Dr. FOUAD LAYADI
Neurochirurgien
Spécialiste de la colonne vertébrale
Znq. Taha Hocine N°1, Quartier Gautier
Tél: 0522 37 87 - 06 33 30 93 14
I.C.E: 000483700000083

23, Rue Taha Hocine N°1 Quartier Gautier - Casablanca

E-mail : flayadi2000@gmail.com

Fax : 05 22 30 22 37 - Urgence : 06 61 18 58 69 - E-mail : flayadi2000@gmail.com

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

Lot: 13E033

Per: 09/2022

P.P.V: 13E033

13,80

Lot: 13E004

Per: 08/2022

P.P.V: 13E004

13,80

Lot: 13E004

Per: 08/2022

P.P.V: 13E004

Nozinan 100 mg
20 Cp pel séc

P.P.V: 57DH30

1202 90 : 433
620094 : 101

6 118000 012443

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 57DH30

1202 90 : 433
620094 : 101

6 118000 060482

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 57DH30

1202 90 : 433
620094 : 101

6 118000 060482

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

ID : 638931 PPV: 666,00 DH

6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

ID : 638931 PPV: 666,00 DH

6 118001 142606