

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.

Education :

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.

Prothésiste :

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

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 *96 958* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3230*

Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e)

Autre : *Retraite*

Nom & Prénom : *EL IMAM EL ALAOUI Abdelaaziz*

Date de naissance : *01.06.1947*

Adresse : *236, Bd. Med V CASA elimamabdelaziz@gmail.com*

Tél. : *06.18.27.31.88* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEROUALI YOUSSEF
MEDECINE DU SPORT
Maârif - Place du Marché
Rue Kadi lass - Tel. 022.25.66.80

Date de consultation : *25.01.2010*

Nom et prénom du malade : *Marli Béthina* Age : *12*

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : *hypert / Osteofonse*

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 : *CASABLANCA*

Le : *20/04/2010*

Signature de l'adhérent(e) : *Amay*

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-040179

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 : *3230*

Nom de l'adhérent(e) : *EL IMAM*

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Déclaration de Maladie

N° P19- 0040179

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
19/02/20	Ca	1	100	Dr. ZEROUAL YOUSSEF MÉDECINE DU SPORT Maârif - Place du Marché Rue Kadi Iass - Tel 022.25.66.10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAHLOU NABIL Loubna otissement N° 25, Casablanca Tél.: 05 22 89 22 22	25/02/22	978,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHÉRENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



الدار البيضاء في: Casablanca le: 25/04/20

Dr: Youssef ZEROUALI

Universités Grenoble -Bordeaux

MEDECINE DU SPORT

Fracture - Entorse - Tendinite

MANIPULATION VERTÉBRALE

Sciatic - Dorsalgie - Torticolis

NUTRITION - DIABETOLOGIE

Régime - Surpoids - Sport

Thérapie orientée solution

الدكتور يوسف الزروالي

جامعة كروفيل بوردو

الطب الرياضي

كسر - فكاك - إلتهاب عضلي
تقسيم العمود الفقري

بوزالم - الم العمود الفقري

التغذية - داء السكري

حيبة - وزن مرتفع - رياضية
علاج في اتجاه الحلول.

Rue Kadi Iass. Rés. EL Wassia

3^{eme} étage. Place du marché

(Imm Mc Donalds)- Maârif

PATENTE : N° 35719029

Tél.: 05.22.25.66.80

Amal Bélima

55,00 x 2 = 110,00

Amal 4g

(S.V)

49,40 x 2 = 98,80

Esac. 20 24 letar

(S.V)

35,30 x 3 = 105,90

Ibuprofen 400

1g x 40

(S.V)

56,60 x 2 = 113,20

Stilnox 1g (orale)

(S.V)

122,70 x 3 = 368,10

Difflam 500

(S.V)

(orale)

176,00 1g x 40

Antiseptique Nasal

(S.V)

25g (femelle) Dr: ZEROUALI Youssef
MEDECINE DU SPORT
Maârif - Place du Marché
1 Rue Kadi Iass - Tél: 022.25.66.80

EC IMAM EC AÏAOUIZ 3230

PPV: 55,00 DH
LOT: 593415

PPV: 55,00 DH
LOT: 593414

Amoxi 1g. ②

LOT 49,40
PER 49DH40
PPV 49DH40

49,40
PPV 49DH

- ESAC 20mg. ②

35,30

35,30

} Brufen 400 ③

LOT 171643
EXP 11/2020
PPV 35.30 DH

- St.1nox ②

LOT : 19E001
PER : 07/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60

122,70

122,70

} Dafion ③

122,70

LOT: 12018001
PER: 06-2020
PPV: 176,00 DH

→ Acid Alendronique
Normon forte ①