

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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 caractére 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-

065171

Optique

ND: 28213

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1672 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUASSINI Abdalaï

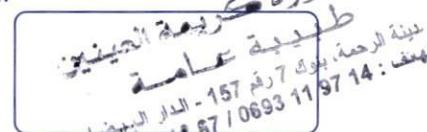
Date de naissance : 01/01/1968

Adresse : Raphia Villa Raphia

Tél. : 06 96 64 78 73 Total des frais engagés 155 + 201,50 + 224,40 Dhs 259,99

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Naima jasmin Age: 58

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : D.N.I.D + Rhumatisme

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 : 21/05/2020

Signature de l'adhérent[e] :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-065171

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 :

Nom de l'adhérent[e] :

Total des frais engagés :

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
01/05/20	Consultation	1	165.04	<i>[Handwritten signatures and numbers]</i>
15/05/20	Control		Gratuit	<i>[Handwritten signatures and numbers]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE <i>[Handwritten address]</i> N°17 - 1000 Bruxelles Tél: 03 2289 03 09	15.05.20	20.1.50

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL UNI FAX: 02 322 322 SECRETA	13/05/20	B16.0	224,40 dh PR

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

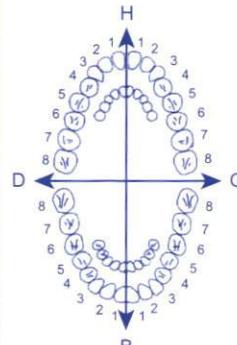
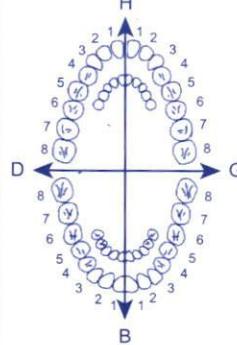
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEICIENT DES TRAVAUX						
				<input type="text"/>						
				<input type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DEBUT D'EXECUTION						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	FIN D'EXECUTION
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				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'EXECUTION

Dr. Karima EL AININE

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Certificat de Surveillance des

Grossesses à Haut Risque

Diplôme en échographie

الدكتورة كريمة العينين

الطب العام

شهادة في طب النساء

شهادة في مراقبة

الحمل

دبلوم في الفحص بالصدى

Casablanca, le 15/05/20 الدار البيضاء، في

Naima Jaouani

62.50

1 -

Mobic 1r

1S

1cp 1J

53.10

2 -

Relaxol

1S

1cp x 3 J

86.90

3 -

Esac 20

1S

1 gell J

PPV: 61DH50
PER: 01/23
LOT: J088

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 9MA117
PER: 02/2022

6 118000 060833

P.P.V.: 82DH10

T: 201.50

دكتورة كريمة العينين
طبيبة عامة
منطقة الرحدة، بلوك 7 رقم 157 - الدار البيضاء
نوع المرض: 14 - 11971867 / 0695421867
رقم الطفولة: 95421867 / 0695421867

Dr. Karima EL AININE

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Certificat de Surveillance des

Grossesses à Haut Risque

Diplôme en échographie

الدكتورة كرمة العينين
الطب العام
شهادة في طب النساء
شهادة في مراقبة
الحمل
دبلوم في الفحص بالصدى

الدار البيضاء. في ۱۱۶۵۱۲۰ Casablanca, le

(3) 1165120

لدار البيضاء، في ...

Nalimov

Jeanne

= C a j

μbAkt

- vs

الدكتورة حكيمه الصينيين
طبيبة عامة
شنة الرحمه، بلو 7 رقم 157 - الدار البيضاء
هاتف: 095 42 18 87 / 0693 11 97 14

LABORATOIRE
MÉDICALE D'ANALYSES
TEL / FAX : 06 33 22 22 22
SECRETARIAT : 06 33 22 22 22



ICE : 00181936000070 / INPE : 093062305 / IF: 40128153

Casablanca le 13 mai 2020

Madame JAOUANI NAIMA

FACTURE N°	2284
------------	------

Analyses :			
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 160
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		224,40 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Vingt Quatre Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES NAOUMI
TEL/FAX: 0524 11 33 22
SECRETO