

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.

ique :

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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- 065171

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4672 Société : ND: 28213

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUASSINI Abdelali

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Rahma villa Rahma

Tél. : 0696647873 Total des frais engagés : 155+20150+22445 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Naima jaccari Age: 58

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

Nature de la maladie : D.V.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 : 01/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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).

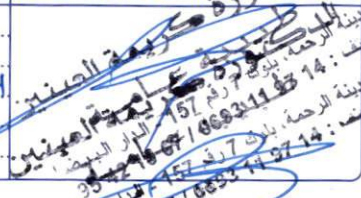
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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	1	6504	
15/05/20	control	1	6504	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.05.20	201,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/05/20	B.160 PR	224,40 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

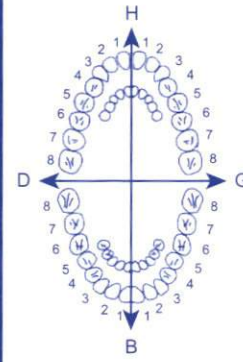
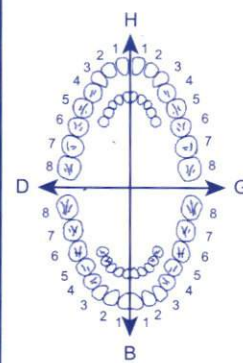
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

Dr. Karima EL AININE

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Certificat de Surveillance des

Grossesses à Haut Risque

Diplôme en échographie

الدكتورة كريمة العيينين

الطب العام

شهادة في طب النساء

شهادة في مراقبة

الحمل

دبلوم في الفحص بالصدى

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

Naima Jaouani

62.50

1 - Mobiclar



1 cp / j

53.10

2 -

Relaxol



1 cp x 3 / j

86.90

3 -

Esac 20



1 gel / 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

الدكتورة كريمة العيينين
طبيبة عامة
بناية الرحمة، بلوك 7 رقم 157 - الدار البيضاء
هاتف: 14 97 11 0693 42 18 67 / 95 42 18 67

Ts 201.50

Dr. Karima EL AININE

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Certificat de Surveillance des

Grossesses à Haut Risque

Diplôme en échographie

الدكتورة كريمة العيينين

الطب العام

شهادة في طب النساء

شهادة في مراقبة

الحمل

دبلوم في الفحص بالصدى

Casablanca, le 1/05/20 في الدار البيضاء.

Nominé J. Aouani

- G a g

- H b A I C

- V S

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES
TEL / FAX : 06 95 42 18 67
SECRETARIAT 13322

الدكتورة كريمة العيينين
طبيبة عامة
مدينة الرحمة، بلك 7 رقم 157 - الدار البيضاء
هاتف : 06 93 11 97 14 / 06 95 42 18 67

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES NAOUMI

DR. Adil NAOUMI



مختبر التحليلات
الطبية نعمومي
د. عادل نعمومي

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 : 09 33 33 22
SECRET