

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-447036

ND = 29154

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

1355

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOU-MIA

EL HABIB

Date de naissance :

25-12-1950

Adresse :

Lot ANAIA 2
CAGABLO PRO CA

N° 18 Sidi Maârouf

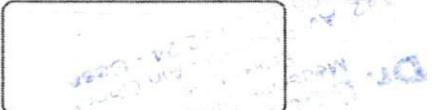
Tél. :

0668876478

Total des frais engagés : 365 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Boumia Najat.

Age : 61 ans

Nom et prénom du malade :

Boumia Najat.

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

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 : 23/04/2016

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

41

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03.03.2016		1	150,00	INP : 09H125823

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Leila ET KOUAFA otissement ji Maârouf - Casablanca sé. : 0522 97 25 80	23/03/2022	€150,30

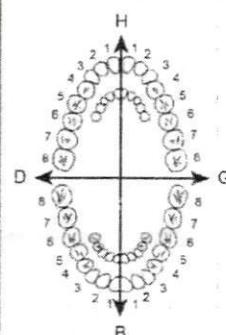
ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

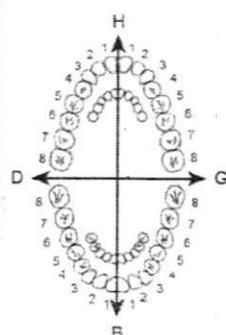
AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Bouchra SBAÏ

medecine générale

Diplômes des études Supérieurs de l'Université
de : Prévention en Gynécologie

Stérilité du Couple

Colposcopie

Échographie

المتحدة بشرى السابعة

الطب العام

دبلوم الدراسات العليا للجامعة في :

وقاية أمراض النساء

العقم عند الزوجين

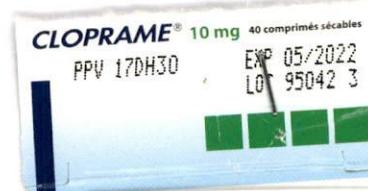
تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

Bouchra Najar

17.30

Clepropane
1's - 1 cp x 3/j



10.30

Audex 20
1's - 1 gl/j au

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 19037
PER : 08-2021
PPU : 102,00 DH

7.5.30

carboline
1's - 1 cp x 3/j

110068-03

CARBOLINE CP BTE 30
PPC : 75,00 DH
Ut Av : 09/2022 Lot : D338H

IPHADERM

720 0044499

21.00

libox
1's - 1 cp/j pendant 2 sem

LOT:19156 PER:11/2022
PPU:21,00 DH

21.5.30

PHARMACIE AMINE
Leïla El KOUHENE
Lotissement Amine, N° 65.
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 25 85

شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - 142

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Aïn Chock - CASABLANCA - : 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070