

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0036266

ND 30193

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 630 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJIL MOHAMMED

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : LOT. ATTASAROUYE RUE 1 IM 80 APPT 1 OUTFA CASA

Tél. 06 70 98 62 00 Total des frais engagés : 243.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : DR HAJIL MOHAMED Age : 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : asth

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

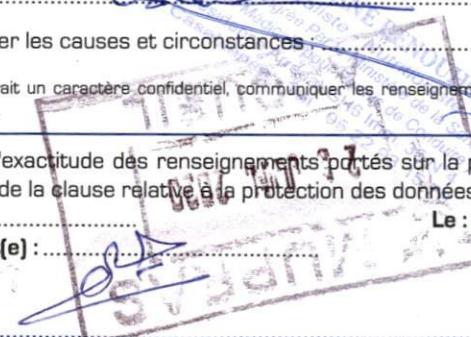
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 02/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
02/06/2020		Cus	150000Frs acte simple de	<i>Dr. Agathe P. - T. 06 77 33 33 33</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SOUTIEN Groupe K, Rue 154 N° 27/27 El Oulef - Casablanca Tel. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 00050024600002</i>	09/06/2020	93.90 DH

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

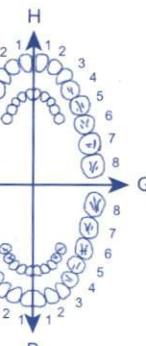
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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				
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté
de Médecine - Casablanca
Médecine Générale

Nutritioniste

Médecin agréé par le Ministère de la santé
Visite Médicale pour permis de conduire



الدكتورة إيمان بنوحود

خريجة كلية الطب
الدار البيضاء
الطب العام

إخلاصية في الحمية والتغذية
طبية معتمدة من طرف وزارة الصحة
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca, le :

٠٢/٠٦/٢٠٢٠

MR HAZIL MOHAMED

31,30 X3

g) Zogloric 205

1cp/3

2) Dux Forte

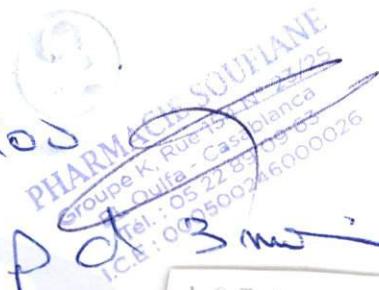
1cp/3

→ 1cp/10

Pd 1000

93.90

Dr. Imane BENOUHOU
Nutritioniste
(Visite Médicale pour permis de conduire)
Résidence Arreda, GH 6, N°4 A 35
Casablanca Tel: 05 22 93 15 79



LOT 200291
EXP 02 2024
PPV 31.30

LOT 200289
EXP 02 2024
PPV 31.30

LOT 200291
EXP 02 2024
PPV 31.30

إقامة الرضا، 6 GH رقم 4، العمارة 35، (قرب الحاج فاتح) الألفة - الدار البيضاء

Tél : 05 22 93 15 79

Résidences Arreda, GH 6, N°4 A 35 (près de haj Fateh) Hay El oulfa, - Casablanca -