

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.

Educations :

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.

Prothèses :

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067546

ND: 30506

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1041 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-067546

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 :

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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 Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Harmonie
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (RG) Fax : 05 22 22 78 11 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-496478

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سعيد الخزول
 طبيب محام، خبير لدى المحاكم
 60، طريق مولاي التهامي
 (قرب مستشفى الحي الحسني)
 مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
 الهاتف : 022 90 70 88 الفاكس : 022 97 66 70

Date de consultation : 30 JUN 2020
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-496478

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 Mandataire
30 JUN 2020	↪		2.90.97.66	Handwritten signature and stamp

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAM Dr. Bennani Sajar 302, Bd. Queffelec CASABLANCA Tel: 0522 90 18	30.01.2020	± 257,90 ±

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 																		
				MONTANTS DES SOINS 																		
				DEBUT D'EXECUTION 																		
				FIN D'EXECUTION 																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	05533412	21433552	G	00000000	00000000		D	B	G	00000000	00000000		35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	H		H																			
	05533412	21433552	G																			
	00000000	00000000																				
	D	B	G																			
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le 30 JUN 2020

طبيب محلف
60, طريق مولاي التهامي
(قرب مصحة الضمان الاجتماعي)
الدار البيضاء
07 90 97 66
العاتف : 072 90 70 88 . الفاكس :

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
Bd Oued Sebou - Oul
CASABLANCA
Tél: 0522 90 13 99

142,10
1- Kerkou
sy le son
48,40
2- Gaurssou
sy
3- Hénar
sy
40,40
4- Ne fessas
sy
total 257,9

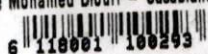
الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف
60, طريق مولاي التهامي
(قرب مصحة الضمان الاجتماعي)
الدار البيضاء
07 90 97 66
العاتف : 072 90 70 88 . الفاكس :

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



LIT : 49373024
FE : 10/2024
17.000H

27,00

SYNTHEMEDIC
22 rue Zoubeir bnou al aouam roches
noires - casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

641150MP/21NRO P.P.V. : 142,10 DH



OSIS MUL 11E