

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-542725

ND: 30863

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5357

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FILALI RAFIK RACHID

Date de naissance :

28/12/58

Adresse :

Rue 93 N° 22 Famille Française
CASA

Tél. :

0666733278

Total des frais engagés : 265,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamed FESLASSI
MEDICAL CHALLEF
Prefecture Médicale CASA-ANFA

Date de consultation :

17/06/2020

Nom et prénom du malade :

Filali Rafik Rachid

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/06/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Paiement
17/06/2020	C	G		INF : 09119310 J. ESSLASSI GENERALISTE Ecole Casab-Anfa GHALLEF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE WATO 153, Rue Habacha Bd Bay Ould Sidi Baba Bab Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 25 16 07	17/06/2020	265,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

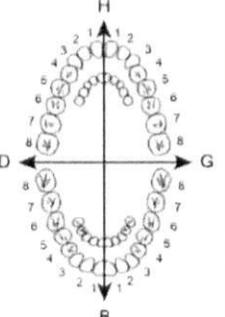
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	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	

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4	3	2	1	6

D **G** **B**

H

2	1	2	3	4	5	6	7	8
3	2	1	4	5	6	7	8	1
4	3	2	1	5	6	7	8	2
5	4	3	2	1	6	7	8	3
6	5	4	3	2	1	7	8	4
7	6	5	4	3	2	1	8	5
8	7	6	5	4				

ORDONNANCE

LE: 14/06/2020

Radial Filial Ratik

LIBRARY WATERMARK
Babu Sridhar Ghosh - Calcutta 1952
Digitized by srujanika@gmail.com

Dr. Hervane GENTRALISTE
ESCOLASSE MEDICALISME
G-3333 G-3333
MEDICALISME G-3333
Hervane GENTRALISTE
ESCOLASSE MEDICALISME
G-3333 G-3333

As a result, α_1 is sold at a price of α_1 .

adults 8V

$$\frac{1}{19} \times \frac{3}{15} = \frac{3}{19}$$

$$f_1 \varepsilon \times \frac{cb}{\text{length}}$$

anomalous

768

✓ ~~July 10th~~

18/90



AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

..... sachet(s) foil
rendre de préférence au déb
endant jours.
re attentivement la notice avant
de consommer. متناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...

Uniquement sur ordre
RESPECTER LES DOSES P

PPV: 168,20 DH
LOT: 623726
PER: 05/21

PPV: 22DH20
PER: 01/22
LOT: J098



PPV: 56,30 DH
LOT: 20014/B
EXP: 04/2022

D-CURE* AMPOULE
6-118001-320080

