

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 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 |

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-546519

ND: 32804



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7944

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN RIBIA AHMED

Date de naissance : 1963

Adresse : RUE 3 VILLA 22 - ALQUODS II -

Tél. : 0661696683

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/07/2020

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
16/04/2022			2000	<p>INP : 09106661</p> <p>دكتور سعيد العلوي</p> <p>محل معاشرة العلوي</p> <p>العنوان: 60</p> <p>الرقم: 022 90 70 88</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 140 Lot 97000 Télé: 05 22 65 00 02	16/04/22	1216,42

ANALYSES - RADIographies

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

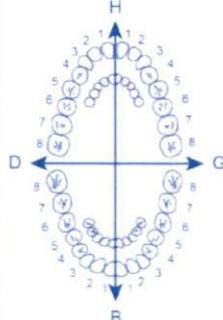
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Début d'exécution	
Fin d'exécution	
Coefficient des travaux	
Montants des soins	
Date du devis	
Date de l'exécution	

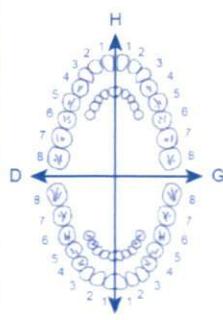


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

سعید الخزولی

طبیب ملطف

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg
B28
P.P.V : 239,00 DH

118001 081031
Sanon-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg

B28
P.P.V : 239,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1
Ain seba Casablanca
Co-aprovel 300mg/12,5mg

B28
P.P.V : 239,00 DH

118001 081035

Casablanca, le :

16.04.2020 الدار البيضاء، في

3x 98,2

1 -

Co - Aprovel

1 g/7

3g

x 3445

3x 26,8

2 -

Glucophage

1 g/7

4x 243,2

3 -

Crestor

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain seba Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 243,00 DH

6 118001 183111

1x 44,5

4 -

Cee Goyland

1 g/7

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 24 doses
PPV 44,50 DH

6 118001070886

4x 37,3

5 -

Zeluxen

PHARMACIE SAÏD GZOULI
140 Lot Smaïda Lissak
Téléx: 05 22 65 20 07

دكتور سعيد الخزولی

طبيب ملطف، خبير لدى المحكمة
60، طريق مولاي التهامي
(قرب مشفى الحسيني)
مارينا - الحسيمة - الدار البيضاء.
هاتف: 05 22 90 70 88
fax: 05 22 90 70 88

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيمة - 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

risé n° 3400936848269

orin GlaxoSmithKline Maroc
ID : 629605
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37.30 DH
6 118001 141364

orin GlaxoSmithKline Maroc
ID : 629605
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37.30 DH
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc
ID : 629605
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37.30 DH
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc
ID : 629605
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 37.30 DH
6 118001 141364

20,80

20,80

20,80