

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1801	Société :	KAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	OUZZAZANY FATHIA
Nom & Prénom : OUZZAZANY FATHIA			
Date de naissance : 02/11/1950			
Adresse :			
Télé. :	0661329291	Total des frais engagés :	664,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
الدكتور سعيد الخروبة طبيب مصلحة، خبير لدى المصالحة طريق مولاي التهامي 60 مستشفى الحسنية - الدارالبيضاء (قرب الحسنية) - 9756 مارة 1022 90 00 88. موبايل: 05 22 20 45 45			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age: 69	
	29/05/2020		
Nom et prénom du malade : FAZIA OUZZAZANY			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/07/2020

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
20/05/20	C		200.00	<p>دكتور عبد العزيز الماجد INP : 10000000000000000000000000000000</p> <p>طبيب مصلحة علاج التماضي أطباء علاج التماضي - الدار البيضاء العنوان: 60 شارع محمد السادس، الدار البيضاء (قرب متحف الفنون الجميلة) العلا - الحصبة - سفيسي - 90.97 66 المبلغ: 222 9070 88</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al Mawlid Angle Rue Thalib et Abou Hassan Saghif Boulevard d'Exposition Casablanca 102317.00	25/5/20	166150

ANALYSES - RADIGRAPHIES

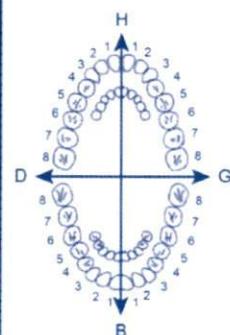
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

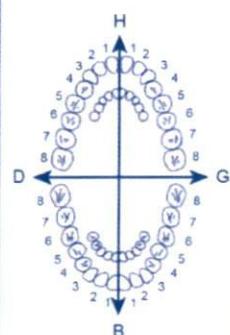
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

محلف في المحاكم

~~DR GZOLI~~

fafnia

Casablanca, le :

29.05.2020



Safflower

1 kg Kdf



2 12070 Feuilles

1 kg de feuille



3. 6500 Fustail 500

1 kg a 3/4 , 3/4

16670

✓ 166450 My lanc 100

A 2665

1 kg /

دكتور سعيد الكزوولي
طبيب محلف، خبير في المحاكم
طريق معلاع الحسن بن علي،
مستشفى الحسن الثاني، الدار البيضاء 29097
60، طرفي الحسن الثاني، الدار البيضاء 90199
موبايل: 05 22.90.70.88

60، طرفي الحسن الثاني، الدار البيضاء 90199

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

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

100 قرص

عن طريق الفم

desloratadine

voie orale

30 comprimés
pelliculés

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30
ملبسة

LOT: 074
PER: JUN 2021
PPV: 120 DH 70



PPV: 34,60 DH
LOT: 614198
PER: 06/21

AMOXIL 500mg
12 comprimés dispersibles



6 118000 160113

LOT 192267
EXP 10 2023
PPV 46.70 DH

LOT: GB91039
PER: 04/2022
PPV: 185 DH 00

Cipla Maroc

Etiquette Inviolabilité

