

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.

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

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- 046841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03265

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Noufissa MEKOUAR Veuve ACHOUR

Date de naissance : 20/02/52

Adresse : Résidence Douba - Bd Abdelhadi

Boutaleb - CASA -

Tél. : 06 61 32 74 12

Total des frais engagés : 732,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALAOUI Mohammed
Professeur de Chirurgie
Viscérale et Cancérologique
E-mail : hamidalaoui@yahoo.com
INP : 101 118 123 - Patente : 25772005
ICE : 001678243000019
Clinique Agdal, Avenue Ibn Sina Agdal-Rabat

Date de consultation : 15/04/2020

Nom et prénom du malade : MEKOUAR Noufissa Age : 68 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Adk haut rectum & polypos colique / colectomie totale

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Mekouar

RELEVÉ 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
15/04/2020	C3	01	général	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	15/04/2020	738,20 M

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

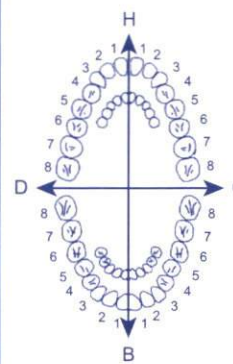
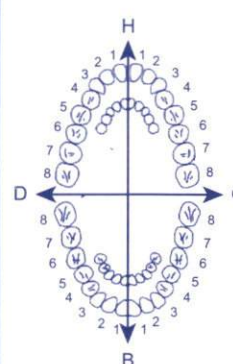
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 CEEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة والمختبر على مدار الساعة
Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24 h/24, 7j/7

Rabat, le 15 Avril 2020.

Mme Naïfssa Nekmar

1. SPECTA

1 à 3/j en fonction / x 90
du transit

2. Iodium

12 2/j x 90

3. Galienon

1 CAB (sirop) / j x 15

4. Adhil

Application après la selle

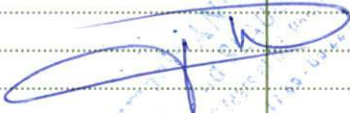


PHARMACIE ANDALOUS

N° 001327

M.

le 15.04.20
Mr Noufinelekouar

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
01	Aspirine fechet	1840	366,80
12	Aspirine	30,50	366,00
		<u>Total = 732,80</u>	
Je déclare avoir reçu de votre pharmacie le produit ci-dessus mentionné pour mon usage personnel.			
			

394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique

Tél : 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31 - GSM : 06 61 20 47 78 - Domicile : 05 22 36 44 24 - Casablanca

IF: 51309210 - PT: 34910090 - RC: 5264 - CNSS: 1799602 - ICE: 001628834000021

PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50



LOT : 19E006
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 19E006
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50



LOT : 19E007
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 19E007
PER: 09 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50



LOT : 19E006
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



LOT : 19E006
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50



LOT : 19E006
PER: 11 2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA606
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA606
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA606
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA606
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA606
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

LOT : 19E005
PER: 11 2024

P.P.V : 30DH50



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

LOT : 19E004
PER: 11 2024

P.P.V : 30DH50



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA608
PER: 03 2022

P.P.V : 52DH40



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

LOT : 19E005
PER: 11 2024

P.P.V : 30DH50



SMECTA 3G
SACHETS B30

LOT : 9MA626
PER: 04 2022

P.P.V : 52DH40



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

LOT : 19E006
PER: 11 2024

P.P.V : 30DH50

