

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Optique :

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

ND: 46653

Déclaration de Maladie : N° P19-0016833

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05468 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEHNAANI NAIMA Date de naissance : 24/01/1974

Adresse : Av. dart Sidi Mami Residence Taqibout n° 4 casa

Tél. : 06 48 96 93 53 Total des frais engagés : 11300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2017

Nom et prénom du malade : SEHNAANI NAIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + cholestérol

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

Le : 09/11/2017

Signature de l'adhérent(e) :

SEHNAANI NAIMA

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
09/11 2020	C	()	150	M.DR. BELLALI, Dr. Médecin - Généraliste Rue 27 N° 92 El Alia Cité Oufida - Casablanca Tél. : 0522 148 76

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nadia ZENMAMA Avenue du Phare, Résidence Taghit Casablanca - Tel: 05 22 20 28 67	09.11.2020	1026, 10

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

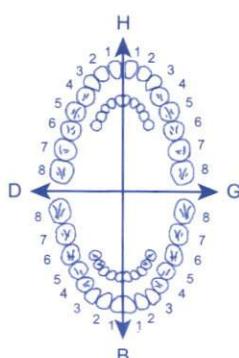
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

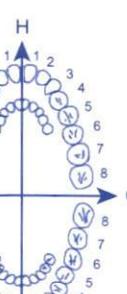
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Lot. El Alia - Rue 27 N° 94
Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tel.: 0522 90 48 76 - CASABLANCA

تجزئة العالية - الزنقة 27 رقم 94
شارع وادي تانسيفت - الالفة
الهاتف : 0522 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 09.11.2020
الدار البيضاء ، في

M^e SEHNANI NAIMA



(153,60x3)

1) Co-Verap 300/25g (x3)
mg/100 ml

(97,60x3)

2) Clevastine 20g
mg/100 ml (x3)

(43,20)

3) Zytogonic 300

(27,70)

4) Cardiosan 100 mg/30cps
Avenue du Phare Résidence Jaghbub
Casablanca. Tel.: 0522 20 38

(102,00) 5)

Dr. BELKEBIR Khadija
MEDECINE GENERALE
Casablanca. Tel.: 0522 90 48 76

Palecer logelis



LOT : 5870
U.T. AV : 10/22
P.P.V : 29 DH 00

PEVARYL 1%
CREME T30G
P.P.V : 50DH 90
LOT 20E008
PER. 03 2022



6 118000 012184

- 6) Nauseal
(29,00) $\text{y} \times 31$
- 7) Ivermectine
(50,90) $\text{y} \times 21$
- 8) Algantil 200
(19,20) $\text{y} \times 31$
- 1026,10

ALGANTIL® 200 20 dragées

PPV 19DH70 EXP 09/2022
LOT 98001 2

Dr. BEI
Médecin
Rue de la République 40
Cité Chateaubriand
Tél. ...

97,60

PPV 97D160
PER 04/22.
LOT J618-

PPV 97D160
PER 04/22.
LOT J618-

97,60

PPV 97D160
PER 11/21.
LOT 12600-2

153,60

43,20

153,60

153,60