

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

- 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 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° M20- 0009369

48606

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : ENM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Y. A. / Mr. Abdellah

Date de naissance : 02-03-67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09369

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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° W19-557973

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YAKOUT Abdelmejjid

Date de naissance : 09 03 - 67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Chaymaa ELOUAZZANI

Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Port 2

Cachet du médecin :

App N°2
Tél: 0522 32 48 12

Date de consultation : 09/11/2020

Nom et prénom du malade : Mme Samel ELYAKOUTI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Proximité ☐ Enfant

Nature de la maladie : 20 des MUPRAS

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/11/20	Echographie	1	120.000	Dr. Chayma ELOUAZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Port 32 App. N°2 Tél: 0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Docteur Kadiri L. Zineb 22, bd Mohammed V, BERRECHID Téléphone: 022.53.36.05	09-11-20	579.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Abdelilah BOUHAJEB IDE Auto n°1285 Firmerie Djed Hriz 39 Rue d'Alger Berrechid	10/11/20					280.000

VOLET ADHERENT

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

	DES TRAVAUX														
	MONTANTS DES SOINS														
	DEBUT D'EXECUTION														
	FIN D'EXECUTION														
	<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H															
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	MONTANTS DES SOINS														
	DATE DU DEVIS														
	DATE DE L'EXECUTION														
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>														

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine
 Et de la pharmacie de CASABLANCA
 Ex Médecin au CHU-CASABLANCA
 Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrchid
 Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيماء الوازاني
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
 بالدار البيضاء
 طبية سابقا بمستشفى الجامعي ابن رشد
 طبية سابقا بمستشفى الرازي ببرشيد
 طبية سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 22/11/2022 برشيد في

4 - Samer ELYAKOUI

2330
 ① -

Voltarene



1 inj 12 (alt 2 jours)

7620
 ② -

Voltaren 75



12 apr



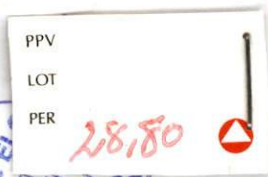
350.00

③ - Centre Medical d'ass

2880

④ - Vitamenal Ph

1 cp x 36j



5280
(5) - ades 207

48.90

6 - Tribouki
10/12
10/13

577.60

LOT 191738
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

LOT : 4270
PER : 04-23
P.P.V : 45 DH 90

LOT : 1577
PER : 06-25
P.P.V : 45 DH 90

Dr. Chaymaa ELQAZZ
Omnipratiente, Eclogie
Résidence Ibn Khaldoun Pon
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12


Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, rue Mohammed V - BERRACHED
Téléphone : 022.53.36.06

PHARMACIE 2000
22 boulevard mohammed 5
berrechid
05 22 53 36 05

Vente

Ticket : FAC-63938

Date : 23/11/2020

	Produit	Qté.	P.U	Total
HEMOFAST SU B6 SUPPO		1	14,50	14,50
Sous-total HT				13,55
TVA				0,95
Total TTC				14,50
Montant reçu :				14,50 DHS

PHARMACIE 2000

LALLA ZINEB KADIRI

05 22 53 36 05

22 boulevard mohammed 5 , berrechid



Facture N° 20201123-751

Date de vente : 09/11/2020
Médecin traitant :

el yakouti sanae

berrechid, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MORSA CYBERG CORSET LUMBO REF 40.260 TAILLE S	1	350,00	TVA (20.00%)	350,00

Total HT	291,67 DHS
TVA	58,33 DHS
Total	350,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois cent cinquante DHS

 **Pharmacie 2000**
Docteur Kadiri L. Zineb
22 bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05