

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº M20- 0009369

48606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9271 Société : ENM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Yassine Abdellah

Date de naissance :

29-03-67

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 Nº 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 :

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-557973

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9271	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	YAKOUTI Abdellayel
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin Dr. Chaymae EL OUAZZANI Omnipraticienne, Echographie Résidence Ibn Khaldoun Forte 2 App N°2 Tél: 0522 32 48 12			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	09/11/2020	Nom et prénom du malade :	
Hme Sanae ELYAKOUTI		Age :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Appoint	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 :			
Signature de l'adhérent(e) :			

ACCUEIL

Le : / /

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			1200	Dr. Chaymae ELOUAZANI Omnipraticienne, Endocrinologue Résidence Ibn Khaldoun Porte 2 App. N°2 Tél: 0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur Kadiri Zinedine BERRECHID 22, bd Mohammed V 022 53 66 05 Téléphone: 022 53 66 05	09-11-20	577.00

062005591

ANALYSES - RADIGRAPHIES

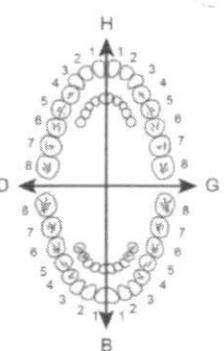
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Abdelilah BOUHAJEB IDE Auto n°1285 firmerie Duled Hr 39 Rue d'Alger Berrechid	10-11-2020			1		1200

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																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
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																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

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 والصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي ببريشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي



Berrechid, le ... ٠٩١٨٨١٢٢٣

بريشيد في

4 - Samia EL YOUSFI

① 2330

Voltaren

1 ig 12 (au 1er 2jou)



Pharmacie
Docteur Kaderi L.
22, bd Monameur 022
Téléphone

② 7620

Voltaren

75

apm



350.00

6 118001 030408
VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV : 76.20 DH

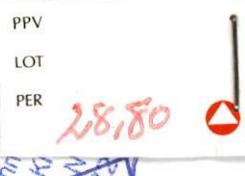
③ - Centrum Medical

dorsal

2780

Vitamend

1 cp + 31g



إقامة ابن ملدون للأسنان رقم 2 (قب صيدلانية المسجد) - الشقة رقم 2 بريشيد - الهاتف: 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - Appt N°2 - Berrechid - 05 22 32 48 12

GSM: 06 62 14 34 32 - Email: chaymae.elouazzani@gmail.com

LOT 191738
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

⑤ - 5280
- Zedes 20 -

45.90

⑥ - 10118
- Tribout - pl
Art 132

577.0

Dr. Chaymae ELOUAZZI
Omnipraticienne, Echographe
Résidence Ibn Khaldoun Fes
Tél: 0522 32 48 12
App. N°2

LOT : 4270
PER : 04-23
P.P.V : 45 DH 91

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

Pharmacie 2000
Docteur Kébir L. Zineb
2, rue Mohammed V, BERRECHID
Téléphone : 021.53.36.06

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