

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

ditions 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.

phacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére personnel.

Nº P19- 0043484

ND: 49907

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1022

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Mme AANAN Kalima ep ABAD

Date de naissance :

Adresse : Résidence EL Rausse I MH 44 AV. N° 6

Hey ESKALAN

Tél. 06 69 26 36 79

Total des frais engagés : 1852,60 + 39,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABAD Michèle

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Soignant

Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

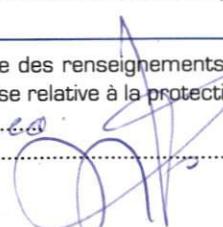
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-043484

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 : 1022

Nom de l'adhérent(e) : Bouachir

Total des frais engagés : 1852,60

Date de dépôt : 39,90

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/11/2020 | | C9 | Gestat |  |
| 05/11/2020 | | C8 | Gestatut | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------------------------|-----------------------|
| ARMACI HAKIMA ET BD SIDI MANSOUR 150806 | 21/11/2022 31/11/2022 | 1852,40 39,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES -

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

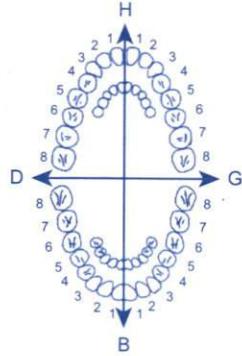
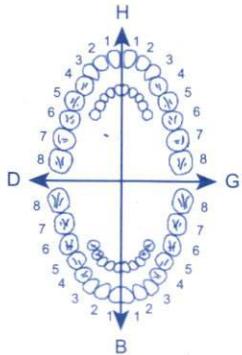
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | MONTANTS DES SOINS |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC |

Date : 02 / 11 / 2020

Ordonnance

ABBAD Bou chib

| | | | |
|------------|------------------------------|-----------------------------|------|
| 143,60 | ofiken 200 en 020 KEN 200 | 1cp x 2/j polt 10j | S.V. |
| 308,00 | Avelox 400 | 1cp/j polt 7j | S.V. |
| 21,80 | Asperic 100 | 1cp/j polt 3mois | S.V. |
| 435,00 | Loreox 0,4 en NORFEX 0,4 | 1cp x 2/j polt 15j | S.V. |
| 347,00 x 2 | Fenogel 200g | 1cp/j polt 1mois | S.V. |
| 110,00 | D cure | 1 capsule / jour polt 1mois | S.V. |
| 56,35 | Zithronox 500 | 1cp/j polt 5j | S.V. |
| 79,70 | | | S.V. |

1852,485

PHARMACIE
ARAKI JULMES
ANGLE BD HAKIMA
MANSOOR 350806

102 - 103 - Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc / Tél : +212 522641400

Fax : +212 522860897 - Email : contact@internationalclinic.ma

ASSISTANTE REANIMATEUR
DILMIZAWAK Anoual

Date : 05/11/2008

Ordonnance

M. Aboul Bouchair

1) Actemra 200 mg

1 FL

2) Actemra 80 mg

0.2 FL

Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivora 05, Casablanca Maroc

ACTEMRA 200 mg/4 ml 1 flacon
P.P.V. : 4 200.00 DH



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivora 05, Casablanca Maroc

ACTEMRA 80 mg/4 ml 1 flacon
P.P.V. : 1 835.00 DH



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Ivora 05, Casablanca Maroc

ACTEMRA 80 mg/4 ml 1 flacon
P.P.V. : 1 835.00 DH



Aboul Bahl Abdellah
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 091188151

6



P.P.V. : 349DH00

LOVENEK 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

Route de Rabat - R.F.I.



sanofi-aventis Maroc

*enoxaparin sodium
enoxaparine sodique/*

4000 UI (40 mg)/0,4 ml

Exomuc®

acétylcystéine 200 mg

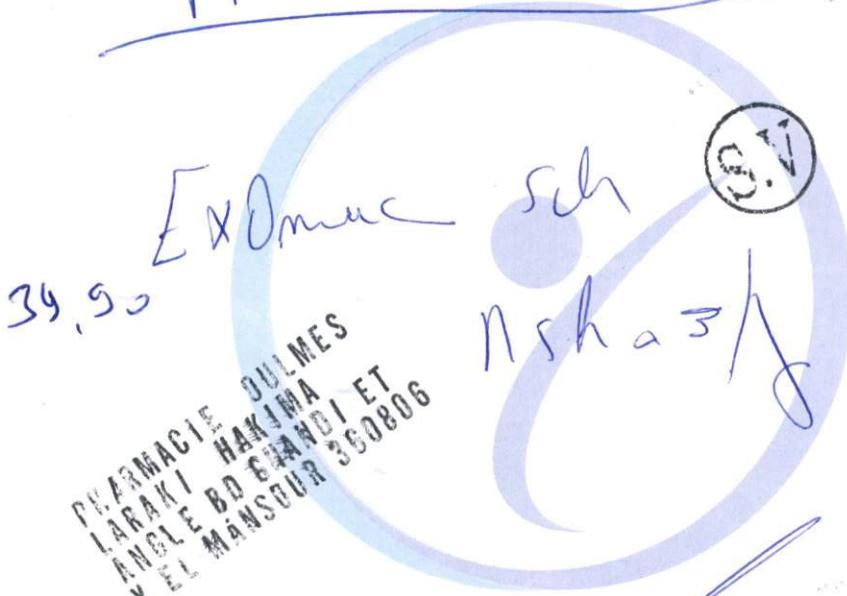
LOT 20001
PER MAR 22
PPV 39 DH 90

33,90

Date : 05/11/2000

Ordonnance

Ait Abad Bouchaib



Dr. Ait Rabai Abdellatif
Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091188151