

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

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

Nº P19- 068263

ND : 50400

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4969 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FAHAM Mohamed

Date de naissance : 16-6-1965

Adresse : Habouelle,

Tél. : 0666046667 Total des frais engagés : 605,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : ZERROUNI NAJAT Age: 1970

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fibro

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Maladie*

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 : 29/9/2020 Le : 29/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-068263

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).

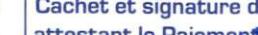
Matricule : 4969

Nom de l'adhérent(e) : FAHAM

Total des frais engagés : 605,00

Date de dépôt :

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
29/09/2020 SI			850 DH	 Dr Abdennabi Zahrani Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue 336, Bd Driss El Harti Sebata Casablanca Tel : 05 22 55 56 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rh. Sanaah Cosmetique SARL 15 Rue Othmane BP 18 N° 223375539 Tunisie	29/5/20	354,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

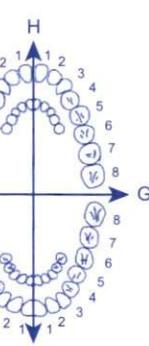
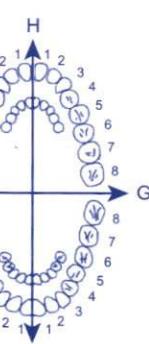
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : الدار البيضاء في :

29/09/2022

ZERROUALI Najat

42,60

1/ Floxic 75 mg cp



PPV: 42DH60
PER: 04/23
LOT: J1178

37,00 دار الفداء



4/ DULASTAN cp

DULASTAN® 500 mg/2 mg
Boîte de 20 comprimés
ملبة من 20 قرصاً

22,20 ½ نظارة - ½

3/ Codolipane cp



Ph. Sanaa Casablanca
Boulevard Sidi Ouhmane
N° 15
Tél. 05 22 55 56 56
PPV: 22DH20
PER: 06/22
LOT: J1708

140,00 ١- زجاجة - ١
٤/ سودا ليبانج جل ١
١ جل ١



LOT: 200713
PER: 01~2023
PPV: 140,00DH

DIPROSTENE 6,43/2,63 mg
Suspension injectable,
Boîte de 1 seringue pré-remplie de 1 ml e
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT

DIPROSTENE 6,43/2,63 mg
Suspension injectable,
Boîte de 1 seringue pré-remplie de 1 ml e
P.P.V : 56,60 DH
AMM 235DMP/21/NTT

AR
Abdenbi ZAHAR
Chirurgien Orthopédiste
& Traumatologue
336, Bd Driss El Harti Sebata
Casablanca
tel: 05 22 55 56 56

5/ Diprostene (x2)



354,60

05 22 55 56 56 شارع ابريس الحارس (شارع شجر) - سبخة - الدار البيضاء - الهاتف

336, Bd Driss ELHARTI (Charie Djedj) - Shbata - Casablanca
Tél.Cabinet : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com

336, Bd Driss El Harti Sebata
Casablanca
tel: 05 22 55 56 56