

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

M22- 0007308

PRO123

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7115 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : R

Nom & Prénom : SIFENDINE Abdellah

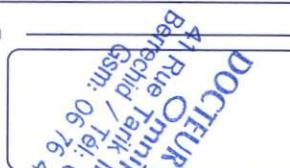
Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 . Passage 4 . Tissin II . BERRECHID

Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 2045,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2016

Nom et prénom du malade : Abdellah Sifendine Age :

Lien de parenté : Frère / Soeur Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DN Hypothyroïdie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : BERRECHID Le : 09/01/2016

Signature de l'adhérent(e) :



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
04/11/24	CA			<i>SOCTEUR MUNICIPAL DE LA TINNE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA TINNE</i> Lot 1 ALMAYA	04-11-24	1845,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

July 115

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

1

حاصلة

JOURNAL OF

من جامعة "رين" بفرنسا
INPE : 061173340

INPE : 061173340

Diplômée de l'Université
de Rennes en France
ICE : 002027784000027



Berrachid, le 04-01-24.

Kelam Salim

~~3x78f~~) Diamicetale m
~~6x21w~~ Left
Pb
no
~~3x49i~~ 3) Foraliga 10m
10h
DOLCEUR MOUNTAIN
Rue du Mont
Berne
Gstaad
Switzerland
06 76 02 54 22

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49
41, Rue Tariq ibn Ziad 1er étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

6x13/4 Rev phys 50
 6x11
 6 mois
 6) Levothyrox 188
 6x6,80

18MSB

78.70

78.70

78.70

PPV: 21DH00
PER: 11/26
LOT: M3974

Maphar
Bd Alkimpia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

6 118001 185023

LOT N°: 22588
09/25
UT. AV: 105,00

PPC (DH):



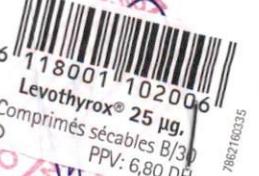
7862160335



7862160335



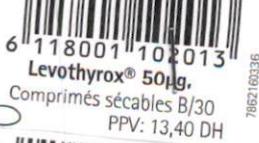
7862160335



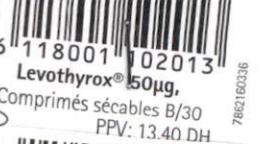
7862160335



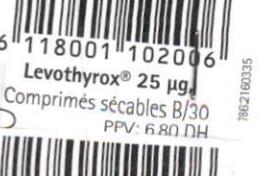
7862160336



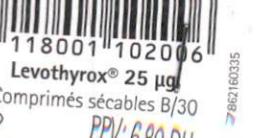
7862160336



7862160336



7862160336



7862160335

DOCTEUR MOUNA TAMIM
 Opticien praticien
 41 Rue Tariq Ibnou Ziad Elg.1
 Berrechid / Tel: 0522 32 44 55
 GSM: 06 16 45 48 49



Maphar
 Bd Alkimpia N° 6, QI
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V: 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
 Bd Alkimpia N° 6, QI
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V: 419,00 DH

6 118001 185023

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levithyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH