

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.

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.

Prothésiste :

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.

N° P19- 046587

NP: 34774

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00445 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AIL HASSAN

Date de naissance : 29.09.1944

Adresse : 309 AV. B. HAY MASRI ID CASABLANCA

Tél. : 06 44 01 47 12 Total des frais engagés :

633 40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : A.I. HASSAN 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 : 1/07/2020

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
30/01/2026	C		150	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<i>CASH</i> Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/6/20	PIMENTEL NASSEER	1187/-

AUXILIAIRES MEDICAUX

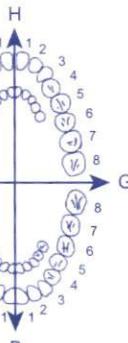
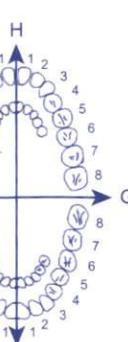
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ORL.

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
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533411 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E

Docteur KHABER Bouchaïb

Ex. Interne des Hôpitaux de France
Médecine Générale
Echographie
D.I.U de Diabétologie et Nutrition
de Montpellier

Ex. Méd. Chef de la Polyclinique
Hay Mly. Rachid

Médecin Expert auprès des Tribunaux

Médecin agréé pour la Delivrance des Certificats
d'aptitude pour le permis de conduire

Tél. : 05 22 81 30 78

GSM : 06 61 14 50 50



الدكتور خابر بوشهير

داخلى سابقا بمستشفيات فرنسا

الطب العام

الفحص بالصدى

دبلوم داء السكري والتغذية من موناليز

رئيس سابق بمستشفى (ص.و.ض.ج.)

مولای رشید

دكتور خبير ملحق لدى المحاكم

طبيب معتمد لمنح شواهد رخص القيادة

الهاتف : 05 22 81 30 78

المحمول : 06 61 14 50 50

Casablanca Je

الدار البيضاء في حكم

Er ai Yonan
- ~~all~~ 65
7845 (18)
xi Bruno 1965
15740
1965
10 cent
17200
1965
1965

A photograph of a white rectangular box for Losartan GT 100 mg. The box features the brand name "Losartan GT" in blue, followed by "100 mg" in green. Below this, it says "30 comprimés pelliculés" and "x comprimés dosés à 100 mg". A barcode is visible at the bottom right.

Avec l'autorisation de Pfizer Inc - New York - USA
Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

TAHOR 10 mg
Boîte de 28 comprimés
Lot : 1275987
te Fab : 05 / 2018 Date Exp : 04 / 2022
PPV 79,00 DH

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340
Emballage scellé.
Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.