

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.

N° W19-432658

N.D: 52377

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 1708 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : femme

Nom & Prénom : GOURIRANE Ahmed

Date de naissance : 31-12-51

Adresse : 36, rue 92 ATTAOUIINE HAY-HASSANI

Télé : 0661088864 Total des frais engagés : 376,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/10/20

Nom et prénom du malade : GOURIRANE KHALID

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : 06-10-20

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

BE EVEREST RACE ELHONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06 OCT. 2009	C	1	200 / dt	INP : 199102101631 Docteur Abdelah TELMCANI Médecine Générale Echographie Signature : H Date : 29/03/99

PARIS **1985** **CBS** **DIGITAL** **LANDSCAPE**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
François AUBERT A25-06-2019 65 rue JOUR ° 57 - Casablanca 22 90 38 99	06/06/2019	176,10

ANALYSES-RADIOGRAPHIE

ADMISSIONS MEDICALES

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

BELIEVE IN YOURSELF. TRUST THE PROCESS. HONOR YOURSELF.

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	INP : <input type="text"/>																		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
					FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
DDF PROTHÈSES DENTAIRES		<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>25533411</td><td>11432553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	25533411	11432553	<hr/>		B	
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
25533411	11432553																						
<hr/>																							
B																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

الدكتور عبد العالى التلمسانى

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

Casablanca, le

06 OCT. 2020

9500 ₦ COURIRANE KHADIMA

- Efflonin 1500

✓ / j / 17j

38,8

- Phenol mi ✓ a/j

2650

- Vifa ✓ 1000

✓ / j

115,8

- Doliprane ✓ 1000 eff ✓
✓ / j / 36, ARR

2610

PHARMACIE ROUTE
D'AZEMMOUR
Hay Hassani N° 57 - Casablanca
Bloc 607 Tel.: 05.22.90.38.99

Docteur Abdellah TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
Tél. : 05.22.90.33.90
Casablanca

الرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

EFLOXIN®

Comprimés pelliculés sécables

6 118000 082903

Lot :

LOT : 200200

PPV :

PPV : 95,00DH

UT AV : 01/2025

Exp :

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

موكسول®

أمبروكسول

بدون سكر

MUXOL®

Ambroxol

Solution buvable - 250 ml

6 118000 080572

15,80

PPV 15 DH 80
PER 10 / 22
LOT 12447

Dolprane 500 mg
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents

6 118000 040354

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH

6 118000 190936

بحفظ بعيداً عن
الحرارة والرطوبة.

70x35x85