

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-504217

ND^e 19914



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 12207 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Zerzari M. Lubcine

Date de naissance : 22/03/83

Adresse :

Tél. : 0671461437 Total des frais engagés : 959 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/02/2020

Nom et prénom du malade : TE KARIM Serradory Age : 37

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 04/02/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/02/2012 | ORTHOPÉDIE | 100 | 100 | DR. MOHAMMED ABDI |
| 04/02/2012 | ORTHOPÉDIE | 100 | 100 | DR. MOHAMMED ABDI |
| 04/02/2012 | ORTHOPÉDIE | 100 | 100 | DR. MOHAMMED ABDI |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU MARCHE AVENUE DES F.A.R / INPE 05 23 32 24 16 / 0920 00 00 00 | 04/02/2012 | 70.900 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

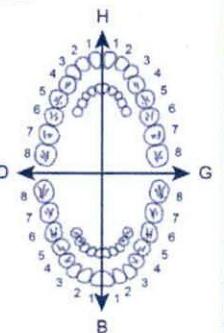
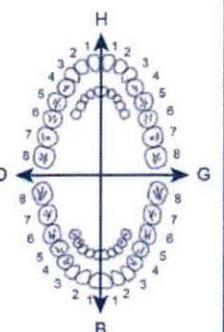
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|---|
|  O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
|  VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |

**Dr Mohamed SEDIRA
PEDIATRE**

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1er étage. App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد شفيقة

طب الأطفال

الرضيم — الأطفال

خبع كلية الطب بجامعة سان مارتن

الطب الـ باضمـ

Final Exam 15

١٣. شارع الجيزة المتّكى

فهرم ۴

العيادة :

المستعجلات : ٤٣٢ / ١

1010

الحمد لله، و

الحمدية، في: ١٥٢٠٦٥٤
Mohammedia, le

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

439°

SmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 270,00 DH



ZE R N A M S Company

Dras

HEXA XING

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1
Ain sebaâ Casablanca
HEXAXIM 0.5ML 1F 2AIG



2900° SV

Potentilla

~~PHARMACIE ORTHOPÉDIE
DU MAGHREB
TAZI TOUNES
B. MOHAMMED
0920408~~

**PHARMACIE ORTHOPÉDIE
DU MAGHREB**
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMED V
05 23 32 24 16 / INPE : 0920408