

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Médecine 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.

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

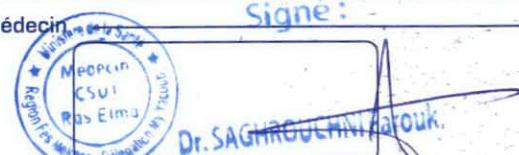
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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.n-upras.com

 Maladie Dentaire Optique Autres**(22622)**Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : **00887** Actif Pensionné(e)Nom & Prénom : **LAHOU Sand**Date de naissance : **20/02/1943**Adresse : **lot. laïla n° 16 Av. Sousse Zohra 2 FES**Tél. : **0668071434**Total des frais engagés : **820,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Signé :

Date de consultation : **03/02/2020**

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : **bronch. t. asthmatique + vers tige**

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.

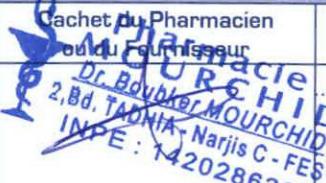
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **YES** Le : **28 Fév 2020**Signature de l'adhérent(e) : **LAHOU Sand**

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
03/09 L. 20	C	6	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. BOUAFIA MOURCHID 2, Bd. TAOUFIK MOURCHID INPE : 142028638	03/02/2020	820 10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

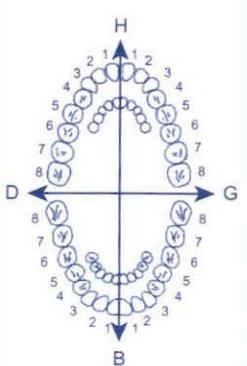
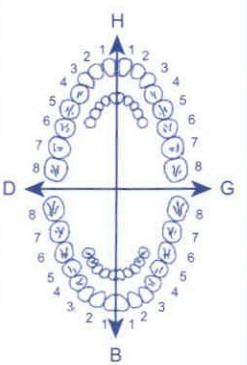
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'activité, 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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Fait le ... 03/02/2020

LAHLOU Said

33,800

1- Seretide 500 mg



21,500

2 pulvinal matin et so.



2-

MEZOR 40mg

MEZOR® 40mg
Esomeprazole (DCI)
28 gélules

6 118000340331
LOT 190947
EXP 01/2021
PPV 215.00DH

38,80

3- Muxal



1-

1cc/s x 31



126,80

4) Augumentin 1

PPV(DH):
LOT N°:
UT. AV.:

38,80

51,00

x 2

1 nacht x 21 j x 6 j

PPV: 126,30 DH
LOT: 620046
PER: 03/21



5)

Augmentin 1

1cc/s x 31



C

820,10

Pharmacie
MOURCHID
Dr. Boubker MOURCHID
2 Bd. TADHIA - Narjis C - FES
INPE : 142028638



Signé:

Dr. SAGHOUCHNI Farouk

Tanganil® 500 mg
تَجَانِيل® 500 ملخ
30 comprimés قرص - VTE: MA - PPV: 51DH00



Tanganil® 500 mg
تَجَانِيل® 500 ملخ
30 comprimés قرص - VTE: MA - PPV: 51DH00

