

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Thérapie :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08830 (08830) Société : RAM - 23936

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEBDANI, A. Gherardi

Date de naissance : 1950

Adresse : Al-Mohamed El FATE, 5th Rayane N°11 3et-y.

HM SL Qods - CASA

Tél. : 0696589100 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : CASA - Dakhla

Signature de l'adhérent(e) : J. Gherardi

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Service de Radiologie et de Médecine Nucléaire</i> <i>INSTITUT PASTEUR</i>	27.01.90	Analyses	99.02.74

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
	D	G	B	
<img alt="D				

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Case Le 29/01/2020

Madame Kharbach  
Sara

01/01/2020



Docteur Tijani Tak Tak  
Spécialiste en Médecine Interne  
Place Charles Nicolle - Casablanca  
Tel: 05 22 86 30 20 - GSM: 06 62 02 03 01  
Email: tijani-tak@hotmai.com



Date	Code client
27/01/2020	B4132965

KHARBOUCH SAMIRA

Facture : FC/MED / 2020-002196

Mode de règlement : Espèces

Présentation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Teste tuberculinique (tuberculine PPD)	1,00	93,15	0,00	93,15
Lecture IDR	1,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total HT</b>				93,15
<b>Montant TVA(7%)</b>				6,52
<b>Frais timbre(0.25%)</b>				0,25
<b>Total TTC</b>				99,92

IP

IF:01085828

PATENTE:36340200 ICE:001594848000023



Certificat international de vaccination

Je soussigné(e) et certifie que : / This is to certify that :

Nom / Last name : KHBARBOUCH ID / CIN : B4132965  
Prénom / First name : SAMIRA Né (e) le : 25/07/1960

Date	Maladie ciblee	Vaccine	Lot/Batch	Cachet officiel
27/01/2020	Tuberculose	Tuberculin PPD AJVACCINES A/S	TB0009B	
27/01/2020	Diamètre(min) 189mm	Lu le: 30/01/20		

### Cachet Médecin

C9

Édité le : 27/01/2020

INSTITUT PASTEUR  
DU MAROC  
Edité le : 27/01/2020