

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 :

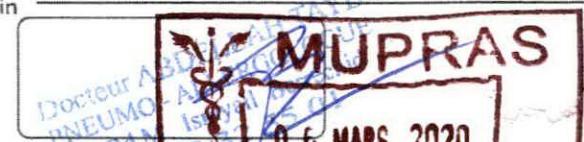
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire 23989	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11451		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : SOUSSI HENEBHI LAILA			
Date de naissance : 01.04.74			
Adresse : 10181 Sidi Lakhdar Beni Ch			
Tél. : 06618546		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 28/3/2020	
Nom et prénom du malade : SOUSSI HENEBHI LAILA	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : HTI	
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.	

06 MARS. 2020
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 : **06 MARS. 2020** Le : **1/1/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **Soussi**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-510519	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 11451	
Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI	
Total des frais engagés :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/03/2020	273,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAMES ET HOMOLOGUES

¹⁴ See also the discussion of the 'moral economy' in the following section.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de radiothérapie.

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'EXECUTION <input type="text"/>																
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433553	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
		25533412	21433553														
		00000000	00000000														
D																	
B																	
00000000		00000000															
35533411		11433553															
[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET PACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellah TAYB

Spécialiste des Maladies Respiratoires
de l'Allergie Adultes et Enfants
Ex-Médecin au Département des
Maladies Respiratoires de 20 Août
et Averroes à Casablanca

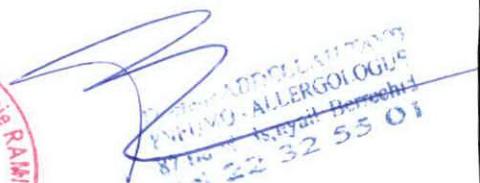
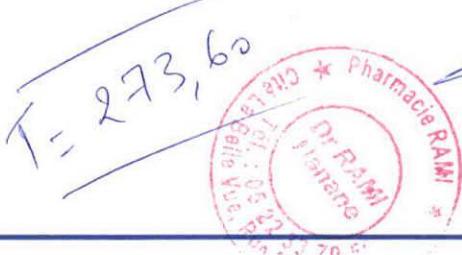


الدكتور عبد الله التائب

اختصاصي في أمراض التنفس - الحساسية
للكبار و الصغار
طبيب سابق بالمستشفی الكبير لأمراض
الصدر بمستشفى 20 غشت و ابن رشد
بالدار البيضاء

Berrechid le : 02.02.2020 برشيد، في :

جواز سفر ماري بنت ابراهيم
19,90
1) L 012 955 30
100,00 1/1 2/1 3/1 مسافر
83,70 1/1 2/1 3/1 صاحب
3) L 012 673 000 1/1 2/1 3/1



شارع مولاي إسماعيل - برشيد - الهاتف : 05.22.32.55.01 - التقال : 06.61.79.02.05

INP : 061133435 / ICE : 001918090000064

87, Boulevard Moulay Ismail - Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.55.01 - GSM : 06.61.79.02.05

ROXOLID® 300mg ○

RoxiPromycine

7 Comprimés pelliculés

LOT : 190820

PER : 04-21

PPV : 83,70DH



6 118000 340249

79,90

Lorodes® 5 mg

Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

P.P.V. 110.0 MAD

Taburex®

Furoate
De Mométasone
Anhydre
Suspension pour
pulvérisation nasale
120 Diluviations

Docteur Abdellah TAYB

Spécialiste des Maladies Respiratoires
de l'Allergie Adultes et Enfants
Ex-Médecin au Département des
Maladies Respiratoires de 20 Août
et Averroes à Casablanca



الدكتور عبد الله التائب

اختصاصي في أمراض التنفس - الحساسية
للكبار و الصغار

طبيب سابق بالمصلحة الكبرى لامراض
الصدر بمستشفى 20 غشت و ابن رشد
بالدار البيضاء

Berrechid, le : 12 MARS 2020 برشيد، في :

12 MARS 2020

grossi مرض حاد لفترة

1) ملتح

2) Localisé : عصبية في喉道
- في المخالق والبلعومية
- في المخالق والبلعومية

- في المخالق والبلعومية

- في المخالق والبلعومية

—
—
—

Facile à l'E

$600 \text{ mg} \text{ de } \text{Mg} = \sqrt{2} \text{ mg } \text{Ca} \text{ ut}$
9 mg de Mg


Dr. Jean-ANDRÉ LÉVEILLÉ
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
871, rue de l'Assomption, Brossard
514-694-2222