

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

- 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

26116

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1257 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOURICH Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 893566 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 joints sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur **Date** **Montant de la Facture**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

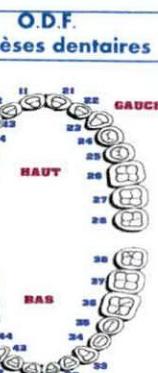
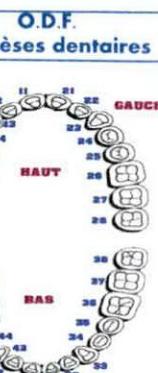
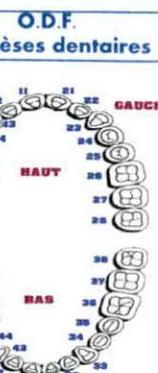
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Fin d'exécution
	H D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

VIOLET ADHERENT

NOM : BOVRICH Mohamed

Mle 125.F

DECLARATION N°

W18-381538

Date de Dépôt

Montant engagé

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-381538

DATE DE DEPOT

9.13.12019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1257		
Nom & Prénom BOURICH Mohamed				
Fonction : Retraité	Phones 0522.89.75.41.			
Mail bourrichmed@gmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient CHAABANE Khadija			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
		Age 20.08.1963		
Nature de la maladie tachycardie + arthrose		Date 1ère visite 28.01.2010		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes Cst BCG	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires 300 Dh		
PHARMACIE		Date 03 Mars 2010		
Montant de la facture 78410002				
ICE: 000489360000038				
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Date :				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. Senhaji Bouchra

Spécialiste des Maladies
Cardio-vasculaires
Echodoppler Cardio-vasculaire
Holter



الدكتورة الصنهاجي بشرى

احترافية في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي
والدورة الدموية
البحث بالصدى - المولتير

Casablanca, le:

03 03 2020

Mme CHAABANE Khadja

Refis pem salé

- 44,00 x 5 = 220,00
- Caudia 6,25

1 CP x 2 = 1 CP à

- PIASCLEDIN 300

LOT: 140
PER: OCT 2022
PPV: 44 DH 00

LOT: 119
PER: JUN 2021
PPV: 44 DH 00

188,00 x 3 = 564,00

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

TOTAL = 784,00 DHS

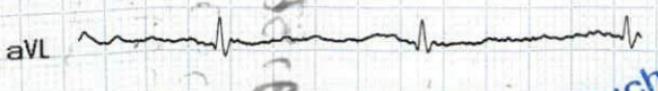
03 Mars 2020

Dr. SENHAJI Bouchra
01 Lot. 03 Al Firdaous GH 1 A
Imm. N° 3 Appt. 1 El Oulfa
Casablanca



~~CHABANE Khady~~

11:31 03 Mar 2020 #00 00 min



'Id.: CHABANE
Khady

03/03/2020

V1

V2

V3

V4

V5

V6

10mn/nV 25mn/s ≈ Tempori. De la Mémoire

Dr. SENHAJI Bouchra
01. Lot. 03 Al Firdaus GH 1 A
Imm. N° 3 Appart. 02 TEL Dufa
Casablanca Tel. 05 22 59 98 02

CARDIOLINE ar1200view