

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.

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 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 caractère personnel.

Nº P19- 062922

Optique **25/11/9** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **SAR** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **TAMINE Mohamed**

Date de naissance : **01/02/1942**

Adresse : **INARA 1 Rue 1 NR 22**

Tél. : **0665 931032** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/03/2020**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Diabète 4 HTA 4 oligo-thymopathie**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

16 MARS 2020

ACCUEIL

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
13.03.2020	Acte	1	150,00	<i>Docteur JASMIN Medecin honoraire 100% à la charge de l'assurance</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LUMIERE M. MACHAMI Kémal 590 BENTEL INABA Casablanca Ain Chock Tél: 0522 52 40 25	13/03/2020	1305,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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'ORL.

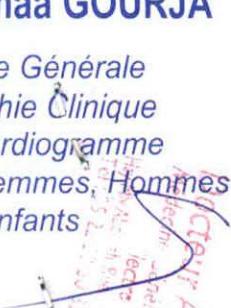
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale
Echographie Clinique
Electro Cardiogramme
Gynécologie Femmes, Hommes
et Enfants



الدكتورة أسماء غورجة



الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
طب النساء، الرجال
والاطفال

Casablanca le

33326

	Item Description	Quantity	Unit Price	Total Price
1)	Ampoule	1	AS	
2)	Levofloxacin	1	AS	
3)	Triptazidol	1	AS	
4)	Chlorophenol	1	AS	
				1305,00

حي مولاي عبد الله زنقة 153 رقم 31 الانارة 1 عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 50 32

Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Aïn Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 50 32

GSM : 06 74 68 87 68 - Email : doctauraouriaasmee@live.fr

LOT 190838
EXP 05/2022
PPV 75.20DH

COOPER PHARMA
PPV: 75,20 DH

COOPER PHARMA
PPV: 75,20 DH

COOPER PHARMA
PPV: 75,20 DH

75,20

LOT 18031
EXP 02/2022
PP
COOPER PHARMA
PPV : 38,90 DH

75,10

LOT 191908
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 191908
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 191913
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191919
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

28,00

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

63,30

63,30

63,30

1

63,30

100 04