

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.

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.

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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2924

Société : 58100

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 8d oumar Ben Khattab 3 Rce Soltana 2.61010 Casablanca

Sidi Moumen Al Benyani Casablanca

Tél. : 06.72.70.65.43 Total des frais engagés : 1234,60 dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2002

Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Prosttre

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 : Paris

Le : 03/02/21

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
03/11/2020	V.		250 DHS	 Dr. Suleyman Abdellatif 24/10/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU CHATEAU Dr ENTHAL Tél. 02 25 02 75 n° 10 Fax 02 25 02 80 80	03/11/2000	12345,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

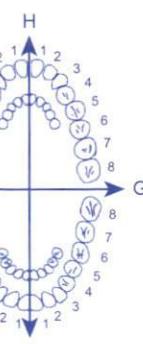
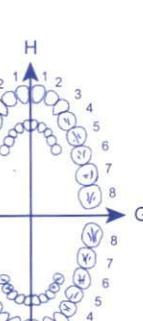
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(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

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 272,00 DH

ID: 676421
Barcode: 6 118001 141654

Casablanca, le

03/11/120

Dr. Khalid TOUABI

Dr. Khalid TOUABI
Prince My Abdellah
05 22 27 22 41

Divonol CP 600

1025

222,00 X 3

Pyromal



3000

109,00 X 3

109,00 X 3

CONFINES



3000

PHARMACIE
BENKHIL
Dr. El Bachir
Prince My Abdellah, Rue
Yves Roche, Casablanca 10622
Tél: 05 22 27 22 41, 05 22 27 19 30

89,50 Lixit FOR CP



2002
LOT
Prix
89,50
89,50
PER

1234,60 115



11، زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدارالبيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - casablanca

Tél : 05 22 27 22 41 / 05 22 27 19 30 E - mail : urotk@yahoo.fr البريد الإلكتروني :