

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ctique :

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.

ntaire :

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.

Nº M21- 074749

88245

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1094 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDRAÏE Larbi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES 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
					<input type="text"/>
					Montant des soins
					<input type="text"/>
					Début d'exécution
					<input type="text"/>
					Fin d'exécution
					<input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
		H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>
D		G			Montant des soins
					<input type="text"/>
					Date du devis
					<input type="text"/>
					Fin de
					<input type="text"/>

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
----------------	-------	-----

DECLARATION N°	W18-142376	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

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



W18-142376

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1097

Nom & Prénom : BOUDRARE Larbi

Fonction : RETRAITÉ Phone. 0677804636

Mail

MEDECIN

Prénom du patient : LARBI

Adhérent Conjoint Enfant

Age 74 ans

Date

Date 1ère visite

AFF d'osté

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C3 300 Anuscapie 300 600.0H

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

378,55

PHARMACIE AL WOUROU
61, Rue des Roses A' Corde de
Masila Amour - Beaujardin 01.61.94.0322.62.62.0000/0000
0522 36 84 30 Casablanca
Entente 34808197

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

INPE : 092009513

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Feuille
Carte verte
Cpte. redev

الدار البيضاء في 21/09/2021 Casablanca, le

MR BOUDRARE LARBI

142, 20

۱۰۰

- Fortrans - poudre pour solution buvable

1 1 flacon de 4 sachets Diluer un sachet par litre d 'eau
Boire la veille de l'examen : 16 à 18h : 2 litres de
FORTRANS (1 verre toutes les 10 minutes) 18 à 20h :
pause repas :1 assiette de pâtes 20 à 22h : 2 litres de
FORTRANS (même vitesse)puis restez à jeun strict (sans manger ,ni boire)jusq'au lendemain

• TITANOREINE SUPPO+POMMADE - suppositoire

1 suppositoire, enrobé de pommade soir pendant 8

LOT: 210022
PER: 02-2024
PPW: 16,000H

• DAFLON 1000 - Comprimé

1 Comprimé, matin,soir, au milieu du repas, pendant 10 jours

378.50

daflon® 1000 mg

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

104,00



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

الرِّزْقُ اُوكْسِيدُ الْتِبْيَانِ / ثَنَانِيَّ / كَارَاغِيَّنَاتِ

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

LOT : 211041
PER : 06-2024
PPV : 19,30DH

08/06/2024

علبة من فئة 12 خمسمائة

عن طريق البريد

PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

Casablanca, le 21/09/2021

EXAMEN PROCTOLOGIQUE

Mr BOUDRARE Larbi

Examen

Inspection

Marge anale normale.

Toucher rectal

Normal.

le doigtier revient propre

Anuscopie

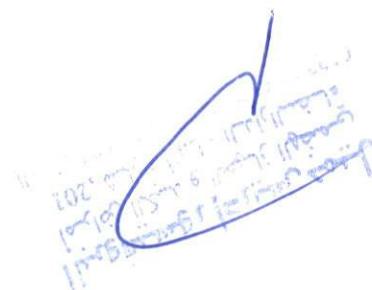
Hémorroïdes de grade I.

Rectoscopie

Muqueuse normale jusqu'à 12 cm de la marge anale.

Conclusion

Maladie hémorroïdaire.



PROFESSEUR DRISS JAMIL

Maladies de l'appareil Digestif

Foie - Estomac - Intestins

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie Medico-Chirurgicale

Membre de la société Française de coloproctologie

Membre de la société Française d'endoscopie Digestive

ICE : 001856634000094

Date: 21/09/2021

INP : 09 08 00 28

Mr BOUDRARE Larbi

Note d'honoraire

Actes	Montant
Consultation	300,00
Annuscopie	300,00
Total :	600,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **SIX CENTS DIRHAMS**

