

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

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	

VOLET ADHERENT

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

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 la

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Education :

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.

Prothétique :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0021903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **00391** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 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 :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0021903

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

Nom & Prénom

LAMBARIKI Mohamed

Fonction :

R

Phones

0656409887

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Mohamed

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

16/04/119

Nature de la maladie

Stomat + Es gri mal

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C

—

100

DR. ABASSOR Aicha
Médecine Générale
Echographie Générale
Clinique La Résidence

PHARMACIE

Date 16/04/2019

Montant de la facture

169,50 Dirhams
813,00 Dirhams

PHARMACIE BAYTI
M1, B18 Résid. Bayti Hay
Mohamed - AGADIR
Tel: 0528 22 31 51

42 Rue Mohamed V - Agadir
Télé: 0528 7281 AGADIR
Pharmacie du TALBORTI

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des

Honoraires

AM

PC

IM

IV

...../...../.....

Dr ABASSOR Aicha

Médecin Général
Echographie Générale



د. أبصور عائشة
الطب العام
الفحص بالصدى

Agadir, le 16/04/2019
أكادير، في 16/04/2019

Rx Lambantei Mohamed

42,80

1) Endelex



42,80

1cp

3 x 1/5

47,10

Sucr



EXP 06/2020
LOT 84058

MED

21

Sangenor

le ment

79,70

31

Azix 20



79,70

169,30
Dr. ABASSOR Aïcha
Médecine Générale
Echographie Générale
Clinique La Résidence

PHARMACIE BAYTI
M1, B18 Résid Bayti Hay
Mohamed V - AGADIR

Tél: 05 28 82 36 82 - 05 28 82 52 11 - 05 28 82 45 97 - 05 28 82 36 82

الهاتف: 05 28 82 36 83 / 05 28 82 45 97 - 05 28 82 52 11 - 05 28 82 36 82 / الفاكس:

34, Rue Mehdi Ibn Toumart - Talborjt - 80 000 Agadir

Tél.: 05 28 82 36 82 - 05 28 82 52 11 - 05 28 82 45 97 - Fax : 05 28 82 36 83

813.00

da la cas



18/15

copy sur la 8th

D

Dr. ABASSOR Aïcha
Médecine Générale
Echographie Générale
Clinique La Résidence



X85447
X43012
05/2020
PPV 213DH00

Dr ABASSOR Aicha

Médecin Général
Echographie Générale



د. أبصور عائشة
الطب العام
الفحص بالصدى

Agadir, le 16/09/19 أكادير، في:

FACTURE N°0158/19

Docteur : **Dr. ABASSOR Aïcha**
Médecine Générale
Echographie Générale

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à M/Mrs :

J3. Lm barki Jotham d

et leur adresse selon l'usage, sa note d'honoraires, soit la somme
de : **Ans : Cent cinquante**

Dir R (**# 100,00 Dhs**)



041000282

Avec nos Remerciements

Dr. ABASSOR Aïcha
Médecine Générale
Echographie Générale
Clinique La Résidence

ICE : 001674581000050

34، زنقة المهدي ابن تومرت تالبرجت - أكادير

الهاتف : 05 28 82 36 83 / 05 28 82 45 97 - 05 28 82 52 11 - 05 28 82 36 82

34, Rue Mehdi Ibn Toumart - Talborjt - 80 000 Agadir

Tél.: 05 28 82 36 82 - 05 28 82 52 11 - 05 28 82 45 97 - Fax : 05 28 82 36 83