

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

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 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.

ladie 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- 0016153

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 605 Société : Retraite RAM

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL ADDALI Thami Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : BLOC H 116 Lot Haouzid Kenitra

Tél. : 0664 934682 Total des frais engagés : 533,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 Juil 2019

Nom et prénom du malade : EL ADDALI Thami Age : _____

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Catépallie

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 : Kenitra

Le : 08/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 juil 2019	S	1	25004	DR. HESSE - Gastro-Endoscopiste Hépato-Gastro-Entérologue 22 Rue Michel de Montaigne 75373 Paris Cedex 09 Téléphone : 01 53 36 47 60

Dates des
Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/07/19	333,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MIR HASSAN
Hepato - Gastro
Enterologue - Proctologue

Diplômé de l'université de Médecine de Koursk
 Ancien Médecin Attaché Au CHU de Koursk

Echographie
 Scopie - Coloscopie - Rectoscopie



الدكتور المير حسن
 اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
 والكلب والبواسير
 خريج جامعة الطب بكورس克
 الفحص بالصدى
 الفحص بالمنظار الداخلي

LOT : 8021
 UT. AV : 01-23
 P.P.V : 45 DH 90



Kénitra, le

Mr EL ADDALI THAMI

08/07/2019

نقطة في :

LOT : 1054
 UT. AV : 01-24
 P.P.V : 45 DH 90

$$45,9 \times 4 = 183,6$$

ORDONNANCE

TRIBUTINE 150 MG GELULES

1 gel x 3/j avant repas pd 1 mois

(S.V)

AGAZ

1 gel x3/j pd 1 mois

(S.V)

DUSPATALIN 200

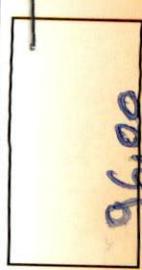
1 gel matin et soir avant repas (1bt)

DUSPATALIN 200MG
 GELU B20
 P.P.V : 54DH00



6 118000 010531

1202 10 0932
 920000 : 101



333,6

Dr. Hassan EL MIR
 Hepato - Gastro - Enterologue
 82, Rue Maâmora, Résidence Yasmine 1^{er} Etage Appt 11 (à côté de la Pharmacie fontaine) - Kénitra

AGAZ

N° DE LOT/BATCH N° :
 DATE DE FABRICATION/DATE OF MANUFACTURE :
 A CONSOMMER PRÉFÉRENT AVANT FIN / BEST BEFORE :
 P.C : 9600 dis

فة معهورة إقامة ياسمين الطابق الأول الشقة رقم 11 (بجانب صيدلية النافورة) - القنيطرة

82, Rue Maâmora, Résidence Yasmine 1^{er} Etage Appt 11 (à côté de la Pharmacie fontaine) - Kénitra

Tél : 05 37 36 47 60 - GSM : 06 77 27 95 73