

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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



MUPRAS
RECEPTION *RRAN*

Déclaration de Maladie : N° P19-0017145

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *03471* Société : *RAM*
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : *LAGHIB ABDELKADER* Date de naissance : *01/01/1936*
Adresse : *Village de l'Anzarane Nouaceur Bld G N°10*
Tél. : *0633497518* Total des frais engagés : *13000* - *1005,60* Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : *Dr. LEMBACHAR Nouredine*
42, rue de l'Anzarane
Quartier Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid
Date de consultation : *07/10/2019*
Nom et prénom du malade : *LAGHIB ABDELKADER* Age : *83 ans*
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *DM II + HBP et Rallentissement*
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 : *DE NOUA* Le : *07/10/2019*
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Dr. LEMBACHAR Nouredine
42, rue de l'Anzarane
Quartier Industriel
Berrechid

RELEVÉ 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
07/10/19	G	x 1	130,4	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/10/19

1005,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

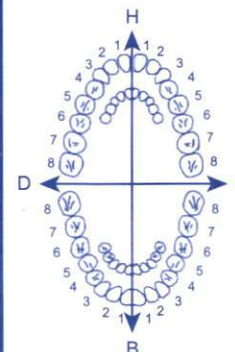
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 00000000

21433552 00000000

D

00000000 35533411

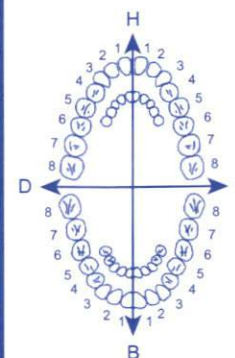
00000000 11433553

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur LEMBACHAR Nourddine
MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتور لمبشار نور الدين
الطب العام

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء و التوليد
- الفحص بالصدى

Dr. LEMBACHAR Nourreddine

42, Rue Bir Anzarane
Quartier Industriel - Berrechid
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

05x60.~
CDIA 3y (05)
06x19.50
Gy 00000 (06)
03x76.50
URATAX 2y (03)
32.~
Chortec 1y
03x41.80 1y 50
Avloceemyl 4y (03)
E. 1/2 50 - 1y

86.90 METOL 20

57.10 BEXIN 1ml, x 14

57.70 Besolix 1ml, x 14

Dr. LEVACHAR Nouredine
42, rue de la Paix
Guam, Industriel
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

PHARMACIE FOUQUA
46, rue de la Paix
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

1005.60

LOT 181295
EXP 03/2020
PPV 86.90DH

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V.: 570DH20
1180001010234

18023
LOT 21
E7DH10

30 Comprimés se

LOT: 064
PER: AVR 2020
PPV: 76 DH 50

LOT: 075
PER: FEV 2021
PPV: 76 DH 50

LOT: 075
PER: FEV 2021
PPV: 76 DH 50

30 Comprimés

32.00

41.80

42.80

41.80



69,00

LOT 191517
EXP 06 2022
PPV 60.00

60,00

LOT ~~191517~~
EXP 06 2022
PPV 60.00

60,00

LOT ~~191242~~ 1
EXP 05 2022
PPV 60.00

60,00

LOT ~~182110~~
EXP 10 2021
PPV 60.00

60,00

LOT ~~191517~~
EXP 06 2022
PPV 60.00

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH
LOT N679 PER 05/22

50 comprimés dosés à 500 mg
PPV 19.50 DH
LOT N679 PER 05/22

PPV 19.50 DH
LOT N679 PER 05/22

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH
LOT N679 PER 05/22

PPV 19.50 DH
LOT N523 PER 04/22

PPV 19.50 DH
LOT N523 PER 04/22