

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

RAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8991 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRI ABDEL AZIZ

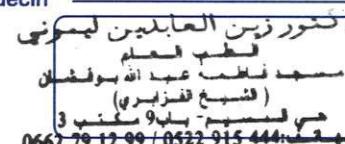
Date de naissance : 25-02-69

Adresse : Halilullah

Tél. : 0661713696 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 Sept. 2019

Nom et prénom du malade : AMRI ABDEL AZIZ

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ATF ORL

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.

31 OCT. 2019

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 : ALLAL BEN ABDELLAH Le : 31/10/19

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
19 Sept 2019	G		130,00	Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin
				Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/2019	€ 48,90 dlv

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

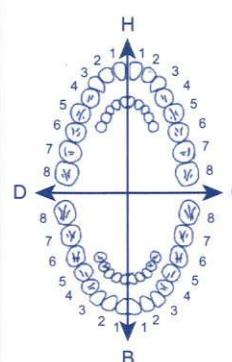
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Médecine Générale

ب العام

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Sfax Tunisieطب بصفاقس
تونس

Echographie

بالصدى

Electrocardiogramme

طب القلب

Circoncision

لهمارة

PPV 58DH40
EXP 01/2020
LOT 6H056 10

Casablanca, le 19 Sept 2019 الدار البيضاء، في

PPV 58DH40
EXP 05/2022
LOT 93014 1

Mme, Mr ABDLAXIZ AMRI .

PPV:14DH00
PER:03/22
LOT:1728

- ف - PRESCRIPTION DU EFFIPRED 20 mg

2x 58,40

4cp ce JOUR

PPV: 126,30 DH
LOT: 599322
PER: 01/20

3cp DEMAIN

2cp APRES DEMAIN

14,00

DOKRANA 100

14x 81 i x 03 jis

21,80

126,30

AVGMENTIN 1GR

1 GRAMME x 2 i x 06 jis

21,80

POLYDOS (OD)

4 GRAMME x 2 i x 06 jis

TTC DT = 278,90 DH

دكتور زين العابدين ليموني

العنوان

محمد نعيم عبد الله بولشن

المسقطية، شارع الله بوقشان (الشيخ القرابي)، باب 9 مكتب 3 حي النفيضة، الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 91 54 44 | تلفون: 0661 79 12 99 / 0522 915 444

Tél. : 05 22 91 54 44

Mosquée Fatima Abdallah Bougchane (KAZABRI), Porte 9 Bureau 3 Ennassim - Casablanca