

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.



Declaration de Maladie

N° W19-473356

N° 10484

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6714

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KRITA

AHMED

Date de naissance :

15/12/1945

Adresse :

CASA

Tél. :

0661721103

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

DR AHJOUNE Abderrahmane

MEDCINE GENERALE

106 Rue KASTALANI - CASA

Tél : 06 28 16 73 81

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 m'engage à ne pas faire usage de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/11/15

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
01/11/19	Q	110.00	110.00	DR AYOUNE Abderrahmane 105 MEDICINE GENERALE 105 RUE DE LA PAIX 75028 PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASSA D'ADDA 158 RUE DE LA PAIX 75003 PARIS TÉL. 01 42 22 19 60	05/11/19	556.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

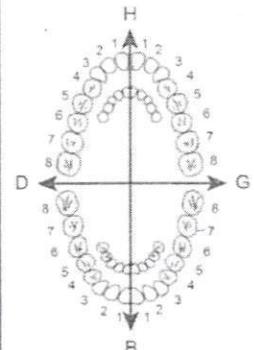
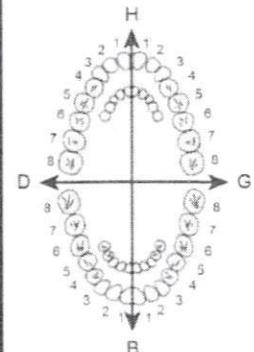
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES

O.D.F
PROTHESES DENTAIRESDETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONFIN
D'EXECUTIONCOEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. AHJGOUN Abderrahmane

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômé de la faculté de médecine
de RABAT

Ancien intern du CHU Averroès
CASABLANCA



الدكتور أحجكون عبد الرحمن

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

داخلي سابقاً بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء

Casablanca, le

05/11/2019

KRITA Ahmed

1800 Diaphorine 870 mg S.V.

134,30 x 4 Co-repas 18
555,20 18 (S.V.) (S.V.)
Pharmacie Chirazad Casablanca
(ex Rue Ezzaouia 150 33
Rue Saint Laurent) Casablanca
Tel 0528 81 03 35

TIT de 3 num

Dr AHJGOUN Abderrahmane
MÉDECINE GÉNÉRALE
KASTALANI - CASA
16 73 81

106, زنقة الإمام القسطلاني - حي الداخلة - الدار البيضاء - الهاتف : 06 28 16 73 81
106, Rue Kastalani - Hay Dakhla - Casablanca - Tél : 06 28 16 73 81



134,30

卷之三

ایرانی زارستان / هیدرولکلوروتیازید

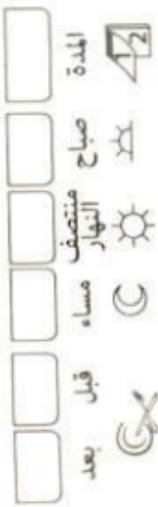
١٢,٥ ملء/**١٥٠** ملء

٢٨ قرصاً مغافلاً عن طريق الفم

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg



6 "118000"022893



سونطاما
Sonthema



134,30

卷之三

ایرانیان / هیدر کلور تیازید

١٢,٥ مللي
١٥٠ مللي

٢٨ صاحب مخالف

طريق الفم



الملدة	
طبع	
النهار	
مساء	
قبل	
بعد	

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg



6 "118000"022893

سوپرما
Superma



134,30

蒙古文

ایرانی زارستان / هیدرولکلوروتیازید

١٢,٥ ملء / ١٥٠ ملء

عن طريق الفرع
قرصا مغافلا 28



	المدة	
	جباح	
	النهاه	
	مساه	
	قبل	
	بعد	

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg



6 "118000"022893



134,30

卷之三

ایرانی زارستان / هیدرولکلوروتیازید

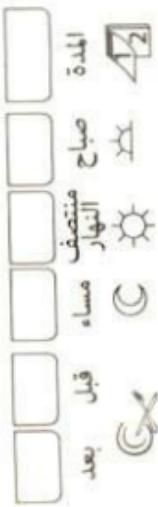
١٢,٥ ملء / ١٥٠ ملء

28 قرصاً مخالفًا
عن طريق الفم

Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg



6 "118000"022893



سونطاما
Sonthema

Diaformine®

M et form i n e

850 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

bottU 1A

B2. Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 18DH00

PER : 07/22

LOT : I1608

