

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

iologie 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.

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 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 - Sème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
P. 05 22 22 22 22 - Tél : 05 22 20 45 45 (G1) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° 13182 N° P19-0035855

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8141

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MABROUK TAOUFIQ

Date de naissance : 14-09-70

Adresse :

Tél. : 06 00 6 97 24 3

Total des frais engagés : 150x 229,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia BHAMARADJI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél. : 0524 23 65 99

Date de consultation : 31/10/2019

Nom et prénom du malade : LAAMRI Aïcha Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite aigüe

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 : 1811212019

Signature de l'adhérent(e) :

DR SOUMIA BHAMARADJI
13/10/2019
MUPRAS
ACCUEIL

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
31/01 19	1C	x1	150 DT	Dr. Soumia GHAMRAH Médecine Générale Gharbia Générale Kech - BERRECHID 33 33 65 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Zineb 22 de Mohammed V - BERRECHID Telephone 022.53.35.05	31/10/19	 Pharmacie 2000 Docteur Kadiri L. Zineb 22 de Mohammed V - BERRECHID Telephone 022.53.35.05

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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the H-B-D-H system. At the top is atom H. Below it is atom B at the bottom center. To the left is atom D, and to the right is atom C. The positions of atoms H, B, D, and C define a rectangular plane.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient					
 DROITE HAUT BAS GAUCHE					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution				
 DROITE HAUT BAS GAUCHE									
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire							
 DROITE HAUT BAS GAUCHE		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H								
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553								
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution							

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 046401		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 17 / 046401

DATE DE DEPOT

16/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 6868

Nom & Prénom abdelkrim SAIRI

Fonction RETRAITÉ

Phones 0662395227

Mail Rue CHAKIB ARESSALAH N°4 O. BERRAKID

Signature de l'adhérent

MEDECIN

Prénom du patient Fatima SAIRI

Adhérent Conjoint Enfant Age 41. 1972

Date 16/11/2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

goitre

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

CS

250,-

PHARMACIE

Date 16/11/2019

Montant de la facture

201.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

Dr. Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie

Berrechid, le ١٥-١١-١٤ برشيد في

Sain

factura

75,00

صيدلية ابن رشد
Pharmacie IBN KOCHD
Dr. LHAC IBN HAFFA
30, Rue Moulay Idriss Laazhar
BERRECHID - Tel: 0522 32 37 37

P.P.C
75,00 DHS



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6.80 x 4 = 28,00 x 1 = 28,00

Levthyrox 25 µg = 740 04 22

99,00

LOT PER
Prix

99,00

Dr. Abderrahim BOKHAMY
Endocrinologue Diabétologue
Av. Allal ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tel: 0522 32 37 37

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787