

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.

biologie 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.

tique :

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.

entaire :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0042134

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(22173)

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 3068

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BABA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2010

Nom et prénom du malade : BABA KHAOUY

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : 20/07/2010

Signature de l'adhérent[e] : ACCUEIL

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.

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
20/01/2020	CH	3000	3000	Massa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Hank Dr L'Amour</i> <i>El Hank CASA</i> <i>Imm 36 Local 194 94 22</i> <i>00197 19 7 0000 60</i> <i>EL HANK</i>	20/04/20	232.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

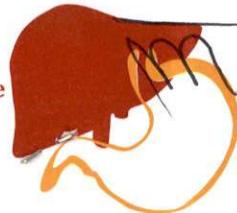
MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Amina MASSAK

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Proctologie médico-chirurgicale
Echographie et Endoscopie Digestives

Ancien Médecin CHU CASA
Ancien Chef de Service
de Médecine Hôpital BELOUAFI CASA



الدكتورة أمينة مساك

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي
أمراض وجراحة المخرج
التشخيص بالصدى والمنظار الطبي

دكتورة ساتيحة بمستشفى ابن رشد
رئيسة مصلحة الطب
بمستشفى بالواقي الدار البيضاء

Casablanca le : ٢١٠٧٢٠٢١ الدار البيضاء في:

Q = BABA - KAHADIN

600 - Regaflox 250 
150 mg x 5 جملة
250 mg 2x5
DXR 20 mg eff
100 mg 3x5
Ansiolin 2x5
100 mg 2x5
23280



IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 09/2021
LOT 98026 3

IXOR® 20mg
14 comprimés effervescents



6 118000 032793

60,00

Lot:

À consommer de préférence avant le:

PPC: 99,00 DH

180348
06/2021

Ansiovit®
A base d'actifs naturels



8 032578 476019

Megaflor® 250 mg
10 comprimés pelliculés



6 118000 070603

على طريقة المعلم