

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.

ique :

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 - 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040814

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 666 Société : R - A - M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TAHIRI Abdelatif

Date de naissance : 10-01-1939

Adresse : 6 Rue KJER EL BADI - Casablanca

Tél. : 0661200379 Total des frais engagés : 1729,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2020

Nom et prénom du malade : TAHIRI Abdelatif

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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 : Casablanca

Le : 25/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

A. TAHIRI

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
25.06	CS		300,00	
	Echographie		450,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

25.6.2020 979,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

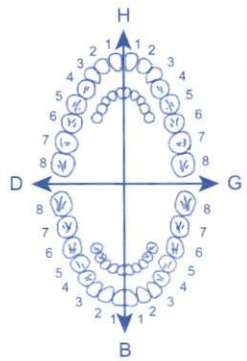
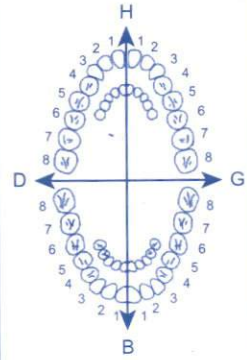
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

PPV : 163 Dhs 20 N° de LOT.: LF18297F Date d'EXP: 09/2021
 PPV : 163 Dhs 20 N° de LOT.: LF18297F Date d'EXP: 09/2021
 PPV : 163 Dhs 20 N° de LOT.: LF18297F Date d'EXP: 09/2021

Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique

des reins et des voies génito-urinaires

Lithotriptie extracorporelle - Echographie

Impuissance - Circoncision

في جراحة الكلي
 لية والتناسلية
 بدون جراحة
 الجل - الختانة
 بالصدى

PPV : 163 Dhs 20
 N° de LOT.: LF18297F
 Date d'EXP: 09/2021

Casablanca, Le

25.06.2020

الدار البيضاء، في

Tahiri Aldervafic

6 x 163, 20

Dusta

1 ep par jour

pd 6 mois

PPV : 163 Dhs 20
 N° de LOT.: LF18297F
 Date d'EXP: 09/2021

T = 979, 20

PPV : 163 Dhs 20
 N° de LOT.: LF18297F
 Date d'EXP: 09/2021

PHARMACIE L'ORCHIDE
 Angle Boulevard Ghandi &
 Angle Route d'Azemmour
 21 500 CASABLANCA
 Téléphone : 05.22.36.66.22

Docteur Saâd BENNIS
 CHIRURGIEN UROLOGUE
 72, Boulevard Zerkoutni - Casa
 Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46
 CE: 00162476000074

72, شارع الزرقطوني فوق مقهى Hermès قرب تويوتا - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 29 32 44 - الفاكس: 05 22 29 32 46

72, Bd Zerkoutni au dessus Café Hermès - (A côté TOYOTA) - 2^{ème} étage Casablanca - Tél.: 05 22 29 32 44 - Fax: 05 22 29 32 46

saadurro@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Brouillons 67
Ajouter un favori

D drlazraqhicham@gmail.com
Mer 24/06/2020 11:46
À : Vous

20F1124.PDF
41 Ko

Monsieur TAHIRI ABDERRAFIE

He Was the Love Of
Her Life for 26 Years,
But She Wasn't His
Daily Sport X

Dossier ouvert le : 24/06/20
Prélèvement reçu à 10:21
Edition du : 24/06/20 32

Casablanca le, le 24/06/20

Réf : 20F1124 44210

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

Veuillez consulter le document ci-joint.
Cordialement...

10 Food That Unclog
Arteries (Most People
Ignore)
Articles Stone

MARQUEURS

Éléments su... 14

Corbeille

Archive

Antériorités

DOSAGE DU P.S.A. TOTAL

(Technique Electrochimiluminescence ECLIA - ROCHE / Cobas e 411)

Changement de technique à partir du 14/09/09

9,500 ng/ml

Baking Soda Tricks 12/02/19
Everyone Should
Know About 8,750

Envoyés

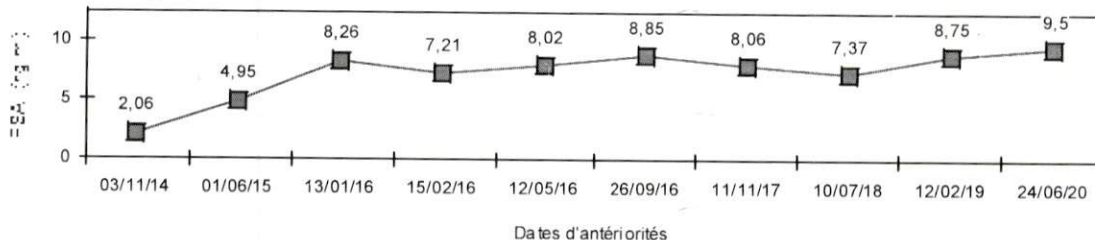
Valeurs Usuelles :

Sauvegardes

Scelon l'Age :	< 40 ans	< 1,40
Unwanted	40 à 50 ans	< 2,00
	50 à 60 ans	< 3,10
Nouveau dossier	60 à 70 ans	< 4,10
	> 70 ans	< 4,40

Groupes

Nouveau groupe



Mettre à niveau
vers
Microsoft 365
avec
fonctionnalités
Premium
d'Outlook

LABORATOIRE ARMES

IF : 40300165 - Patente : 35500316 - ICE : 001745097000034 - CNSS : 1519753 - INPE : 093000065

Signé :

Hicham LAZRAQ
PHARMACIEN BIOLOGISTE
LABORATOIRES ARMES

24/06/2020

