

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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 - 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° P19-0010279

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5127

Société :

LA7

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOACH Naïme Date de naissance : 13/08/1952

Adresse : Rue Abou Abdellah Nafii Im. 127 Nairin CASA

Tél. : 06 61 46 51 10 Total des frais engagés : 776 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M.ZIZI
Ancien Interné Des Hôpitaux de Paris
CARDIOLOGUE
45, Av Hassan II Casablanca
Tél: 022 22 10 94 - Fax: 022 22 13 94

Date de consultation : 15/06/2002

Nom et prénom du malade : LAHLOACH Naïme Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

ACQUEIL

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
15.06.2012	C		210	 Dr. M. ZIZI Médecin Interniste et Cardiologue Tél. : 02.22.45.41.11 Hôpital CARDIOLOGY

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DELA MUSQUELLE</p> <p>DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>DI THIBAULT</p> <p>76, RUE DE L'ATLAS - MULHOUSE</p> <p>Tél. 05.22.98.42.73</p>	15.6.20	526.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

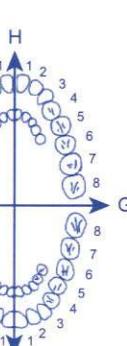
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

عيادة أمراض القلب وداء الشرايين

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Docteur M. ZIZI

Diplômé en Cardiologie

de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française de Cardiologie

Lauréat et Ancien Interne des

Hôpitaux de Paris

CARDIOLOGUE

Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echocardiographie - Doppler - Holter

Rythmique - Tensionnel

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيري

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض القلب

طبيب سابق في مستشفيات باريس

45، مح الجن الثاني

الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 10 94

الفاكس: 0522 22 13 94

خبير محلـف لدى المحاكم

Casablanca, le 16.06.80

الدار البيضاء، في

LIAUERICH VT: Mon

131.80x4 Treg + 1.2 | 22.5

526.10

Dr. M. ZIZI
Ancien Internis des Hôpitaux de Paris
Cardiologue
Av Hassan II Casablanca
Tél: 05 22 22 10 94 - Fax: 05 22 22 13 94
DIPLOMATIC DE LA MOSQUEE



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH