

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

ladie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1975** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AEKIR Lahcen**

Date de naissance : **01.01.1949**

Adresse :

Tél. **06 66 38 80 28** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **RA MOHAMED Hlilia** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Deficit Neuro

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) :



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
1/3/14	G	1	2000	MORAND ROLAND Médecin généraliste place de la République 10 Mars 2014 Cabinet Généraliste 10 Mars 2014 3ème étage 10 Mars 2014 63-00 tel 0322374263

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/2020	203,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES :

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

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

A circular diagram showing a sequence of numbered circles (1 through 8) arranged around a central point labeled H. The circles are arranged in two concentric arcs. The outer arc contains circles numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The inner arc contains circles numbered 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. The entire arrangement is centered at point H. A horizontal axis labeled D passes through the center, and a vertical axis labeled G passes through the center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور محمد شفيق

DOCTEUR MOHAMMED CHAFIQ

- Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD
- Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale
- Epilepsie
- Electroencephalographie (EEG)
- Electroneuromyographie (EMG)



- طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد
اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي و الجهاز الفقري
مرض الصرع
التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب و الدماغ

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 11/07/2020 الدار البيضاء في

بالموعد

DR MOHAMMED CHAFIQ

4985 Arachide 40 1/2 0 - 1/2

398 Laxant 1/2 1/2 1/2

Electro sup 1/2 ml 3ml

0340x6 Lenkrux 50 2 0

80ml

20.80x2

41.60

3 MARS

203,60

Dr MOHAMMED CHAFIQ
NEUROLOGUE
Centre médical SIDI OTHMAN
3ème étage Place de la Préfecture
10 Mars, Casablanca
Tél : 05 22 37 41 63

شارع 10 مارس، شاخة العمالة، الطابق الثالث المركز الطبي (قرب أسيما) سيدى عثمان. البيضاء

BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical - SIDI OTHMAN - CASA

Fixe : 05 22 37 41 63 - Mobile : 06 65 10 46 10 - 05 22 37 41 63 - الهاتف :

Lot. n° 2020

21
Géraldine

41,60



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI