

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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 caractére 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

N° P19-0030797

Maladie

Dentaire

1042 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

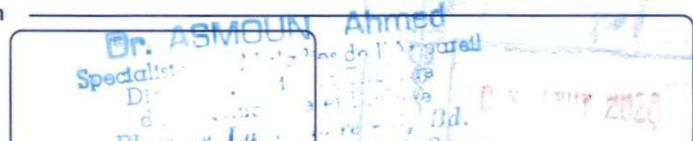
Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0689629854 Total des frais engagés : 6.07,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21.11.2020

Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrose cervicale

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : Allal

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
11/11/2020	g	1	25000	Dr. ASMOUN Ahmed Spécialiste : Médecin de l'Appareil Digestif et du Tractus Digestif Bd. Darb Omar 50141

IPR 091013169

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 15-05-2022 187-2183-15 INPE: 093	21/08/2022	353,43

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue

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 d'explorations.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are represented by circles with numbers inside. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards. A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right. A vertical arrow labeled 'B' at the bottom points downwards.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ASMOOUN Ahmed
SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
ESTOMAC,FOIE,INTESTIN
Chirurgie anale: Hérmorroïdes,Fistules, Fissures
Endoscopie digestive
Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE
Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
CASABLANCA

الدكتور أسمون أحمد
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
جراحة المخرج والبواسر
داخلي سابق بقسم أمراض السكر والغدد
مدرس سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

الدار البيضاء في : 21 JUL 2020 Casablanca le :

Alfredo Brachim

Al-Nasr
Dolipian 18 S.V. N. 3

Al-Sa
μγάλι

Migraine
μγα

28, P
Diaminon 60
μγα

صيغة العائمة
مختبر العيادة
غير المسمى - العيادة رقم 166
15-23-187
05-22-21-83-16
INPE: 092028166

8, Bd Khouribga N° 10 - 2^{ème} Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50
ICE : 002215254000088

107.65 x 2

- ST 0.5

S.V

107.65 my 3 M, 3 mmo. 1
357.00

الصيدلية العائلية

هشام فاخر

حي مولاي عبد الله زنقة 187 رقم 15
05 22 21 83 15 عين الشق - الهاتف:
INPE: 092028166

LOT 200218
EXP 02 2023
PPV 107.60

107.60

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

78.70

STAGID® 700 mg

100 comprimés

Renouvelable ANO



PPV: 21DH50
PER: 04/22
LOT: J1175

MIGRALGINE®
18 GELULES



6 118000 040538

LOT 200440
EXP 02 2023
PPV 107.60

STAGID® 700 mg

100 comprimés



6 118000 021292

Dr. ASMOLIN Ahmed
Spécialiste en Médecine de l'Appareil
Digestif et les Maladies de la Peau
Place Khouribga
Casablanca
Tél: 02.31.58.50/51

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1057

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

PPV: 14DH00
PER: 03/23
LOT: J1068

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

PPV 14DH00
PER 04/23
LOT J1057