

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

ions générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

phacie :

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.

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

Nº P19- 0045286

Optique *SD:36300* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *673* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Sofia A.R.D. Abdellah*

Date de naissance : *1947*

Adresse : *27 Alley de laayoune 1er étage*

Tél. : *0661 3236 84* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/07/2020	Consultation d'Urgence	64 Kros	600afi	 Belkrim LAMRANI O.R.L Cystologie et Explorations IBI Casablanca 15 Rue Roudani Casablanca Tél: 22 20 18 68 Fax: 22 20 18 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

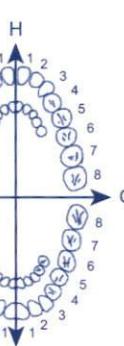
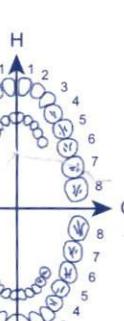
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	[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

Casablanca, Le

17/09/19

M^R SEBTI Abdellali

- NFS + Pg.

- TSH, GGT, Lipidémie

Bilan lipidique opht.

TSH

GAT + UGAG

ASAT, ALAT, CLK.

PSA

Dr. Hajar Guennioui Lahbabi

Cardiologue

67, Rue Al Foutate Més. Bernaben
4ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 25 99 69-GSM: 06 62 07 21 27

Dr. Hajar Guenniouï Lahbabi
Cardiologue

67, Rue Al Fourate Rés. Bernaben
4ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 25 59 69-GSM: 06 62 07 21 27

Casablanca, Le

21/09/2011

N^o SEPTI Abdelkader

Echo-Doppler Antécédent
marbre inf.

Dr. Hajar Guennioui Lahbabi

Cardiologue
67, Rue Al Fourate Rés. Benhaben
4^{ème} Etage N° 7 Maârif - Casablanca

Tél/Fax: 05 22 25 59 59-GSM: 06 62 07 21 27



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 01/07/2020

Reçu la somme de

De Mr, Melle, Mme

...600 DH.....(Six cent DH.)

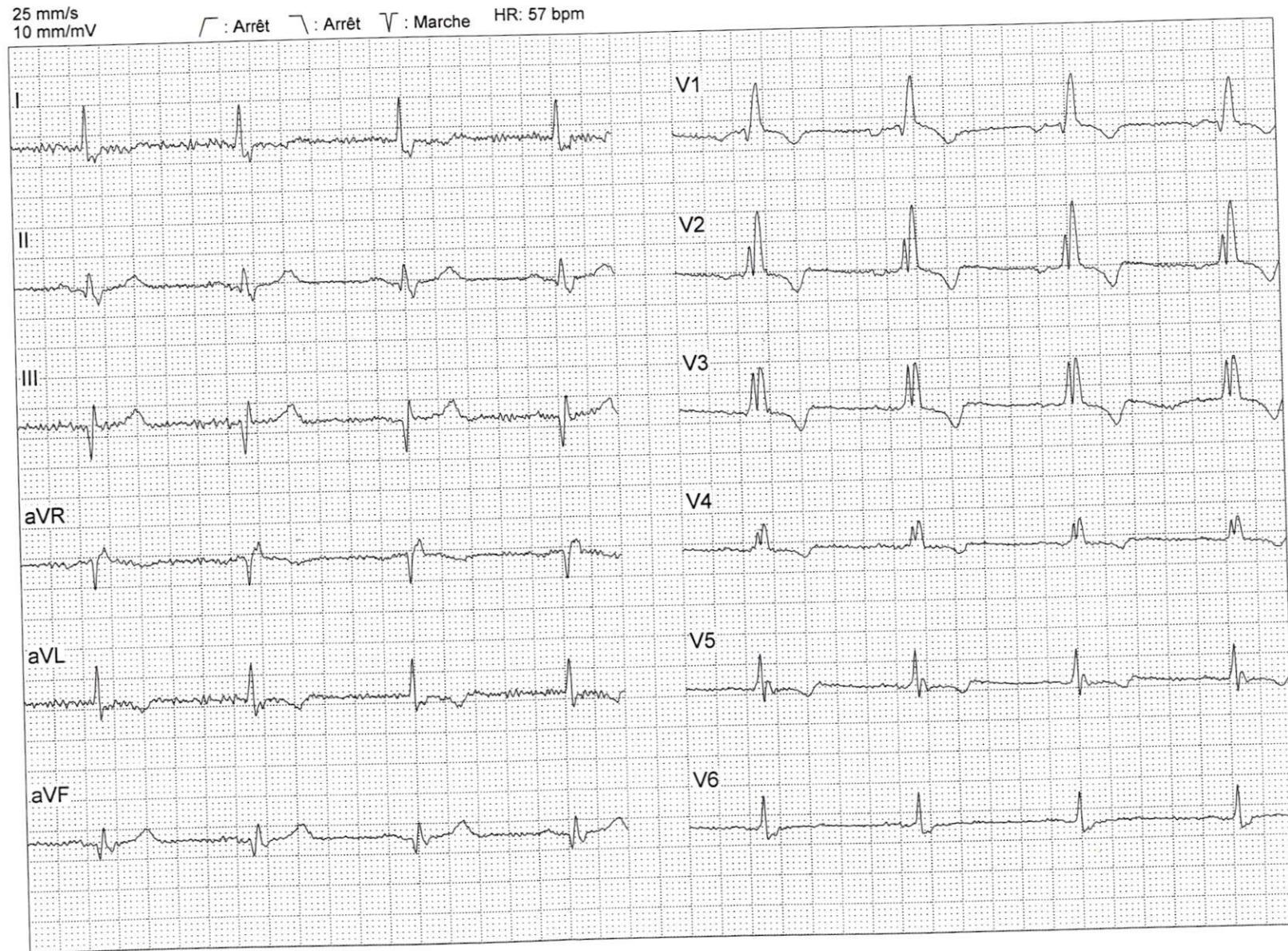
...SIDI Abdellah Abdellali.....

Pour consultation ORL (C2) + (K10) pour microaspiration pour
bouchon de cérumen



Nom: SEBTI ABDELAJI	Identifiant: 5830N°4
Date de naissance: 15/09/1943	Médecin: CARDIO SOUALY M
Sexe: Masculin	Raison sociale:
Poids: -	Téléphone:
Taille: -	Temps d'enregistrement: 19/11/2019 15:41:25

1/1



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU PHARE

Rés. Lalla Khaddouj - Avenue Dr Med Sijelmassi - Casablanca

Tél : 0522 20 32 36 - Fax : 0522 20 32 86

Date : 15/11/19

C.D. : 19K175

Patient : Mr SEBTI ABDELALI

C.P. : 1847

Médecin :

Organisme :

NET A PAYER	AVANCE	SOLDE
1 760,00 DH	0,00 DH	1 760,00 DH

NFS GLY HBA1C MDRDH TRANSA PFL IONO2 CRP TSH PSA