

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.

phacie :

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 canalaire, 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 canalaire.

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 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R. AM

Actif Pensionné(e) Autre :

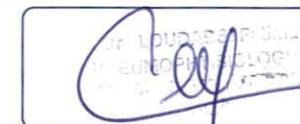
Nom & Prénom : LAARIFI LARBI Date de naissance : 01/07/1952

Adresse : 16 RUE 2 MAY EL HOUNDA BERREREFFID

Tél. : 06 69 93 90 22 Total des frais engagés : 417,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020

Nom et prénom du malade : Mr LAARIFI LARBI, Age : 68 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabète

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 : Berrechid Le : 19/07/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/6/20 | C | G | |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | |
|--|------------------|
| Cachet du Pharmacien | صيغة الطباطبى |
| ou du Fournisseur | Date |
| Pharmacie Marocaine Dr. Sihami TAMIR N°: 12 Marocaine Prise 2 106190 Rue (Académie des Sciences) Berechir Tel /Fax: 05 22 33 68 22 | |

Montant de la Facture

417, 20

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 | | |
| | | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B | | 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

صحيحة مسجد الرياض
 Pharmacie Mosquée
 Dr. Sihem TAMIR
 N°: 1-2 Mosquée Mad
 Hay Riss (A côté du Stade Sportif) Berrechir
 Tel /Fax: 05 22 33 68 22

Berrechid, le.. 04/06/2020

ORDONNANCE

7^r LAARIR LAR Bi

60,40 x 3

① AMAREL 2mg

| | | | |
|----------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| AMAREL 2MG CP B30 | AMAREL 2MG CP B30 | L.U.: 19/06/2022 | AMAREL 2MG CP B30 |
| P.P.V: 60DH40 | 6 118000 0601 | P.P.V: 60DH40 | 6 118000 0601 |

28,00 x 2 1 - 0 - 1

② Glucophage 1000mg

LOT 191908
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

69,00 x 3 1 - 0 - 1

③ Ferplex 40mg

28,00

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvable

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvable

PPV 60,00 Dhs

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvable

PPV 60,00 Dhs



T, 14/17,20
Dr. LOUNES SIDI
B. NEUMOPHTISCOPE

Traitement
Sudor