

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copié 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.

tique :

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 caractére personnel.

N° P19-
39296

065444

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8605** Société : **R.A.T**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EDWARD IDRISI Aggadine**

Date de naissance : **13/08/1957**

Adresse : **Réidia CHABAB Bloc 16 Imm C N°5**

Ann Scbaa

Tél. : **06 11 17 15 12** Total des frais engagés : **150 + 985,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **09/09/2020**

Nom et prénom du malade : **Edward Idrissi** Age : **63 Ans.**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **depresstion**

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 : **Ca...a** Le : **01/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Edward Idrissi**



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
04-09-2020	-	G1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Erg Chaudy Infirmier à domicile 4m Sébastien Berthou Tél : 05 20 20 00 03</i>	04/09/2020	965,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

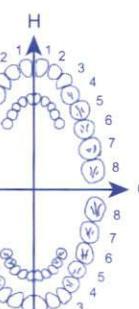
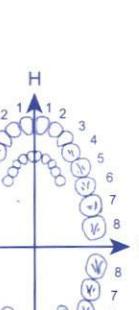
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAWRI Mohamed
Medecine Générale /
Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa



الدكتور ناوري محمد
الطب العام
الفحص بالصدى
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le 04 - 09 - 2020

Nom :

M. ouarid idrissi Azeddine

99,30 x 6

- ATHYNIL 30mg



1cp malu et soin
x 20fis .

39,70 x 3

5336

- Lanoxyl 25mg . = 20fis

35,70 x 6



1cp x 31 f

- Alprazolam 5mg

1cp x 3 f
x 20fis

45,40

- Du phac : Casaf 2jous.

GSM : 06 60 56 47 82

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - الدار البيضا - الهاتف : 05 22 75 31 24
144, Bd Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

38170

de grossesse, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique



38170

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

38170

LOT 201590 1 35,70

LOT 201590 1 35,70

LOT 201590 1 35,70

EXP 07 2023

LOT 201590 1 35,70

EXP 07 2023

PPV 35,70

LOT 201590 1 35,70

EXP 07 2023

PPV 35,70

LOT 201590 1 35,70

EXP 07 2023

PPV 35,70



DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40



6 118000 010494

LOT 200814
EXP 06/2023
PPV 98.30DH

LOT 200814
EXP 06/2023
PPV 98.30DH