

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

Conditions 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.

Pharmacie :

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.

Optique :

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

Education :

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.

Prothèse :

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

désision 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.

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5318 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zhour Rachida

Date de naissance : 26-8-1962

Adresse : 26 rue El Faurat angle Drueta phs Bl. Reâni

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2012

Nom et prénom du malade : 27EAN LAETROU 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

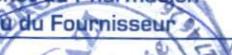
Le : / /

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
21/01/2014	CS ECG	3 CABINET	104	MEDICAL FID GIE Sablanca 22 30 29 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	01/06/2022	207.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. It features a central vertical axis with arrows pointing upwards (labeled H) and downwards (labeled B). A horizontal axis extends from the left (labeled D) to the right (labeled C). The brain surface is marked with various regions labeled A through T. Regions A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, and U are distributed across the frontal, parietal, temporal, and occipital lobes.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ECHOGRAFIE

ECG

الدكتور حفيظ أوزليفت

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

الكشف بالصدى (إيكوغرافي)

تخطيط القلب

Casablanca, le

JUN 2020

M⁶

RACKI DA ZHAR

①

Relsium

375 *

ng 11. mi
)

②

Dubstar

(>
55)

19 31)

③

J 200

J 045 milie

Amp.

1 Amy 11

شارع الألزاس، الرقم 58 . الطابق الثاني، بنجديه، قرب سوق بنجديه • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23
58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché . Casablanca . Tél.: 05 22 30 26 23

PER
LOT
PPY

IC
Ad

03'87

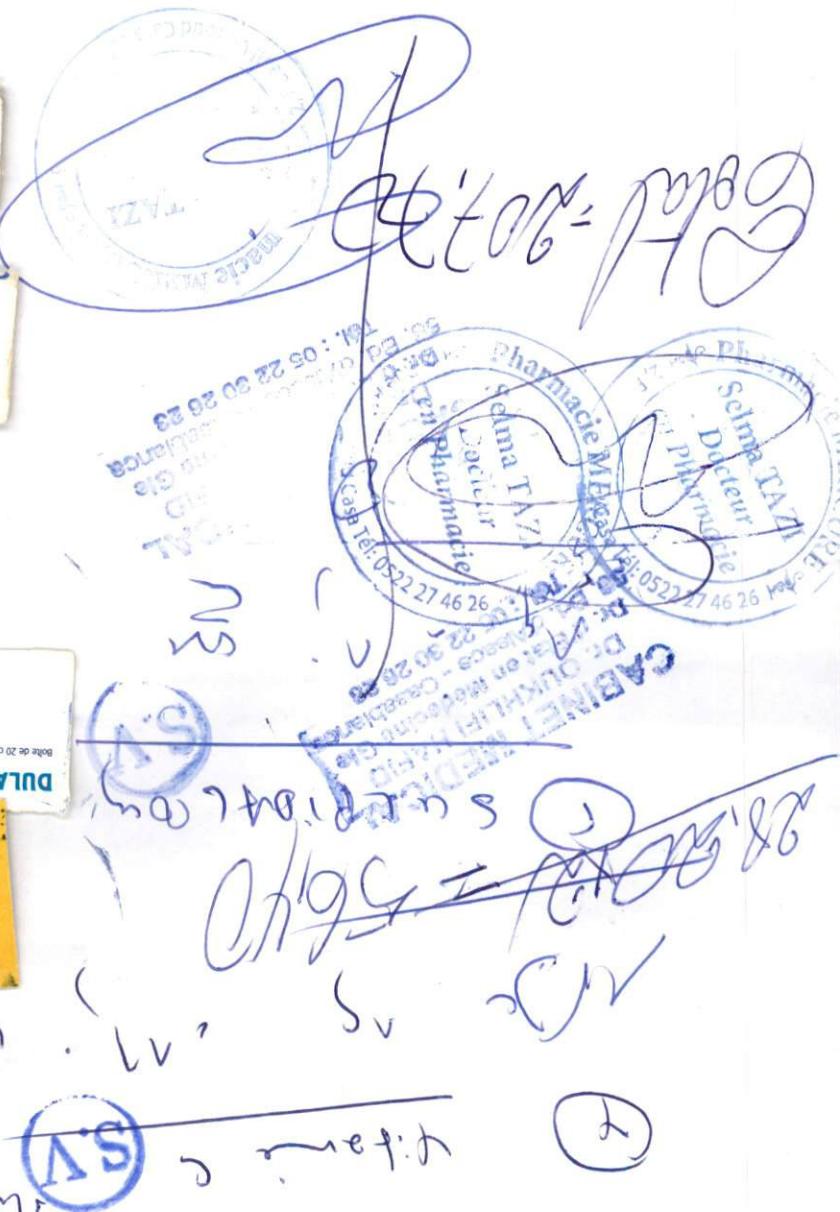
PPV
LOT
PER

FPV 15DH30 EXP 03/2023 LOT 030549

Vita C1000®

oo1tE

19364	0722	EDITION DE MARTELL	CONSULTEZ LE	DÉTAILS DE	DETACHEZ ET CONSERVEZ	INSTRUCTIONS	SOIT 11 mg de Sustenidol	PER	LOT	Prix	UN LÉGÈREMENT AMPULE	YVEZ LA DATE DE PÉTITION	JOINS POUR	UN DÉPÔT AS NORMAUX	DE BOUTON	DU BULASTAN®	500 mg/2 ml	2 ml	SOIT 20 mg/2 ml	DU BULASTAN®	SOIT 20 mg/2 ml
-------	------	--------------------	--------------	------------	-----------------------	--------------	--------------------------	-----	-----	------	-------------------------	-----------------------------	------------	---------------------	-----------	--------------	-------------	------	-----------------	--------------	-----------------



Patient: 1 man

I

II

III

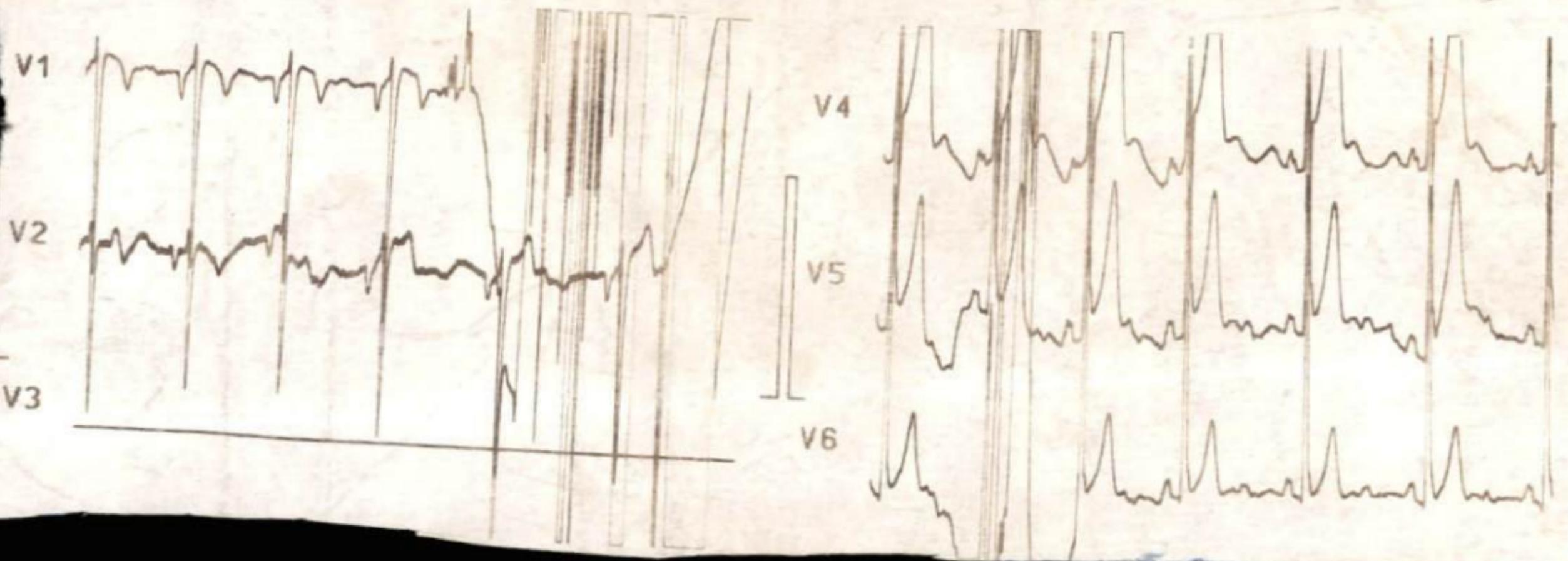
aVR

aVL

aVF

24.06.2020 09:53

<AUTO> 10mm/s 20mm/mV 0.75/50/35Hz AsCARD Green



PATIENT
Prénom: Iman
Nom:
No d'identif
Sexe:
Age: moi
Taille:
Poids: k
Pression art
#1:
#2:

CABINET
Nom: Dr oukh
Adresse: Bd
Contact: 052