

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Dentaire :

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 à caractère personnel.

Nº P19- 051999

ND: 46192

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6621 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAZIANE KHADJA

Date de naissance :

10/08/1960

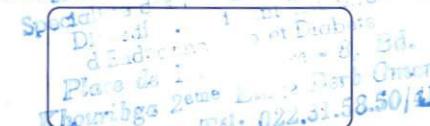
Adresse :

57 Walili (C) 11 quartier du
hôpital de Casablanca

Tél. : 066.199.8361

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : No 21 au Khejja 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 à caractère personnel.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

15 NOV 2020
ACCUEIL
MUPRAS

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
CG	1	caut naly	Dr. ASMOUN ANNE Medecin de la M. A. et Gynecologue. Place de l'Indépendance, 10, Bld. Place d'Armes, 10, Bld. El Bouriba, 10, Bld. El Bouriba, 10, Bld. El Bouriba, 10, Bld.	Dr. ASMOUN ANNE Medecin de la M. A. et Gynecologue. Place de l'Indépendance, 10, Bld. Place d'Armes, 10, Bld. El Bouriba, 10, Bld. El Bouriba, 10, Bld.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DÉPARTEMENTALISATION DE LA RUE DES SAUMES 54220 LAUZIERES		787,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

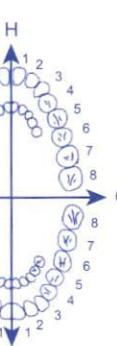
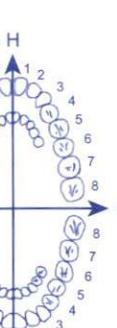
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	B	00000000	G	00000000	35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																
D	00000000	B	00000000																
B	00000000	G	00000000																
35533411		11433553																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hérmoroides, 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 وال بواسر

داخلي سابق بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابق بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : 10/09/20 الدار البيضاء في :

نونبر ٢٠٢٠

680DH
— caser au Dr. Asmoun

26DH Sulfur 100 mg
— ٢٦DH سلفوري ١٠٠ ملجم

51DH00 Tan 100 mg
— ٥١DH00 تان ١٠٠ ملجم

30,00 DH 100 mg
— ٣٠,٠٠ DH ١٠٠ ملجم



Dr. ASMOUN Ahmed
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Directeur d'Assistance à la Faculté de Médecine de Casablanca
Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca

05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50
5254000088

LOT 191189
EXP 04/2022
PPV 30.00 DH



صيدلية ثانوية محمد الخامس PHARMACIE LYCÉE MED V

Mohamed LAHLOU
Docteur en Pharmacie

Casablanca le : 11/11/06

FACTURE N° : 0182760

M: Native - K. Welz

Arrêtée la présente facture à la somme de : 100 x leur

Quinton Street

RC:318383 - TP:34465067 - IF:15221985 - C.N.S.S.:6174586 - I.C.E:000510436000085
SGMB:022780000186002765227974

28 bis, Rue Salonique (Angle Rue de Rome) - Casablanca - Tél : 05 22 85 43 95 - Fax : 05 22 81 53 31
Gsm: 0600 06 07 08 - E-mail : l.med.5@hotmail.com