

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

N° W19-420819

46312

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9751	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Qasimy Aziz			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06.61.80.31.78	Total des frais engagés :	5.000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/09/2020			
Nom et prénom du malade : Qasimy Aziz Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée / Maladie chronique			
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
5/9/20	9	-	150,00	INP : 09411218121 S

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/20	806,70

ANALYSES - RADIographies

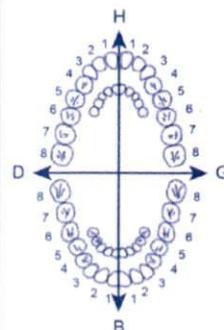
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

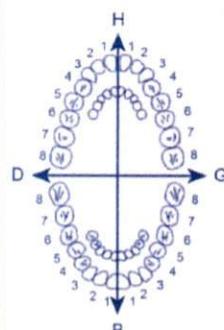
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000	B 35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Bouchra SBAÏ

medecine générale

Diplômes des études Supérieurs de l'Université

de : Prévention en Gynécologie

Stérilité du Couple

Colposcopie

Échographie

الطب العام ببنية السابعة

الطب العام

دبلوم الدراسات العليا للجامعة في :

وقاية أمراض النساء

العقم عند الزوجين

تنظير عنق الرحم

الفحص بالصدى

Mi quodrg Aiz

32,90 ₣ Ds gmelil



05.9.20

1 gel x 2 / ant 50g.

1 mois

76,00 ₣

stresou

1 gel x 3 / j. geblut.

2 mois

2

133,60 ₣

Bi ovendor 600

rec/j. poudre à la cuillère

dans le verre 200 ml

75,00 ₣

Dr Reinergel

10mg x 2 / j de bec veux.

le brouant

Bouchra SBAÏ
Médecine Générale
Echographie
102, Rue 22 Hay Rma Ain Chock
Tel: 0522 50 33 50

631,8 ₣

TSV

142، شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - ☎ 05 22 50 72 24

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Aïn Chock - CASABLANCA - ☎ 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070

28, 08 X 5



Glicoprep 1000

1/2 - 0 - 1 perh 3ms

30, 70

Alpraz 0,5



1/2 x 21 i

15 p.

Dr. BOUAFIA SBAL
Médicaments Généraux
Entomopathie
Ain Chock

182 AV. AL KHADIM 7228 - CASABLANCA
Tél: 0522 50 33 50

67

106, 70



VE

VF62 1122
LOT PER

Prix

75.00

Y VF63 0623
LOT PER

Prix

75.00

133,60

Stresam

CHLORHYDRATE D'ETROXINE 50 mg

Lot : 3281
Mfg: 01 2020
EXP.: 01 2023
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

Lot : 3281
Mfg: 01 2020
EXP.: 01 2023
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

35,70
Lot : 201644 1
EXP : 07 023
A : 35.70



28 comprimés sécables

Alprazolam
Alpraz 0,5 mg



133,60



Dogmatil

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH90

220221 01 02004
6 118000 061199

Sulpiride

Voie orale - 20 gélules



Dogmatil® 50mg

Sulpiride
Voie orale
20 gélules
P.P.V : 32DH90

220221 01 02004
6 118000 061199

፩፻፲፭

28,00

୩୮

28,00

፩፻፲፭

28,00

፩፻፭፻

28,00

፩፻፲፭

28,00