

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Pathologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

→ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110

Société : RAM

54.281

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAA RIB LABI

Date de naissance : 01.01.1956

Adresse : MAU EL HOUADA RUE 1 N° 16 Berrechid

Tél. : 06 61 13 90 22 Total des frais engagés : 2.836,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : El jadough Nolka Age: 63 ans.

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + Hypertension

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

Signature de l'adhérent(e) :

74347-02-2020
IZOU M'NFI
2020-02-20
2020-02-20

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
1/11/2012	C S	13	300.00	Dr. Hayet AHANDA Endocrinologie et Maladies Métaboliques INPE: 091187708
				Clinique 15/16 Aman Benhadj

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Marocaine Pharm Dr. SIBI TANIR N° 12 MOSQUÉE Pharm Riad (A côté du Stade Sportif) Bousaïd Tél/Fax: 05 22 33 08 22	07/12/12	2536,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	Cœfficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Berrechid le : 07/12/2018

ORDONNANCES

n° El Fawuki Nolka

581,00 x 2

2) Novolin 30 flex

26 UI le matin

16 UI le soir

390,00 x 2

2) Galvus Met 50 1/1000 mg

→ → x 218

273,00

3) Novolin 75 JZG

→ → x 218

401,40 x 2

4) Covasyl 5 JZG

→ → x 18

151,80

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DHNovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH8-9674-73-270-1
6 118001 121298

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot : 9PK116

Fab. : 07/2019

Per. : 07/2021

P.P.V. 273.00 MAD

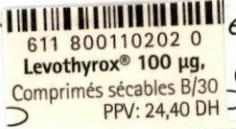
151,80

Voir verso

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
01187708

24,40 x 4

5) Levothyrox 100 µg x 4



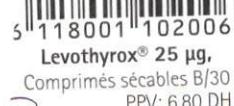
6,80 x 3

2 x 17

6) Levothyrox 25 µg x 3

2 x 17

T: 253 6,60



pdt 3 mois

Dr. Hayat AHANDAR
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
INPE: 091187708

صيدلية العيادة
Pharmacie la Clinique
Dr. Sawsan TAHIR
N°: 12 Nouria
Hay Riad (Accès du Sénat 7011)
Tél /Fax: 05 22 33 65 22

CLINIQUE IBN ZOHR



Clinique Ibn Zohr

RECU DE VERSEMENT

DATE : 07.12.2020

Nom et prénom : HAFAROUFI MAFIKA

Prestations : C.S

Honoraires : 300DH

N° de téléphone : 66 61 13 90 22

Nom assurance ou mutuelle : Mapros

Médecin : R. Ahdar

CIN :

Signé :

45, Bd S. Amal - Berrechid
Clinique IBN ZOHR