

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 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
 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-420805

ND = 31081



<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9151 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	QUADRY 1712
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
DOC EUR Annar LATRACH Chirurgien - Dentiste Implantation Dentaire Orthopédie - Dento - Faciale Sidi Farrouf 6 Av. Farouki Rahali N°13 Casablanca Tél : 05.22.80.99.27			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/06/2020			
Nom et prénom du malade : CHOUKRI KHADIJA Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : _____ 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
26/06/2020	Consultation externe	200	INP: 094016342	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAUT MILIEU	26/06/2020	302,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

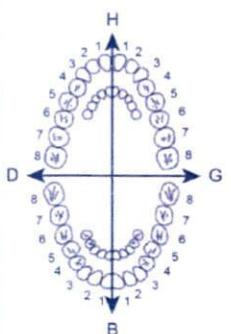
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

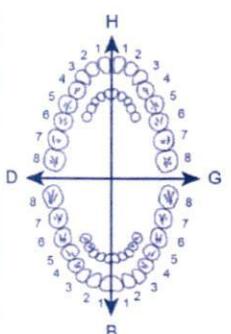
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Aomar LATRACH

**Orthopédie Dento Faciale
Implantation Dentaire
Soins Au Laser
Les Facettes Dentaire
Blanchiment Dentaire**



الدكتور عمر لطربش

تقويم إعوجاج الأسنان
غرس الأسنان في الفك
العلاج بالليزر
تلبيس الأسنان
تبنيض الأسنان

Casablanca, le : 24/06/2020.

Niguel

α_{50} spray $1CP \approx 3$ l

CHOUKRI
KHADIJA

19-50 Leno Kir

Leppa 31

105.0°

L^tT_{IS} giving visual

Bei De banchē

$\lambda \text{cappa}^3 \text{tj}$

$M5 - 0^\circ$
- A CLAV.

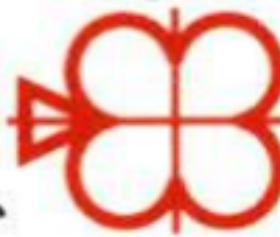
18 sachet as 1 J
LATRACH

DOCTEUR Aomar LATRACH
Chirurgien - Dentiste
Implantation Dentaire
Orthodontie - Visage - Faciale
Sidi Maaouf 6 Av. Faïdherbe - Casablanca - Tel : 05 22 80 22 27

الله

30 كبسولة كل منها 250 ملغم

10



۱۰۷

NIFLURIL

30 gélules

卷之三

EXP 09/2022

Lot 97035

ACLAV

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour
suspension buvable
en sachet*

1g/125 mg

14 sachets

Antibiotique

Voie orale

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

أَكْلَاف®

اموكسيسللين + حامض كلافيلاينيك

LOT : 6575

PER : 11-21

P.P.V : 115DH00

125 مغ / غ

1 كيساً

فيتيس

VITIS

®

غسول الفم

للعناية باللثة

الرعاية المطلقة اليومية للثة

خالي من الكحول

١٥٥٠٠

• برو فيتامينات B5

CPC •

• لاكتات الخارصين