

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2731* Société : *R.A.M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *HICHAM LATIFA*

Date de naissance : *15/03/56*

Adresse : *Habouelle*

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *gastite*

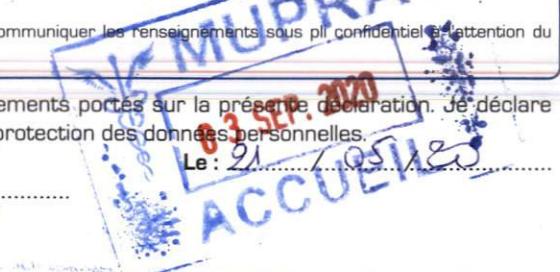
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : *CASA* Le : *21/05/2012*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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 honoraires
21/05/2020		CS	250.00	Dr H. HAMMAD Chirurgie Viscérale - Chirurgie Thoracique - Urologie - Vascu
				71 18 83 16 61 59 0171 54 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MZOUIA MEHDI BENHAKHLOUF 06 61 06 92 32</i>	21.5.20	265,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. A vertical arrow labeled 'H' at the top points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; lower arch (left to right): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The numbers 1 through 8 are also placed near the corresponding teeth on the arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le : 21/05/2020

Mr HICHAM LATIFA

① Metamizol 400 mg
123,60 1 gel file achatou 28)

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier binou al souam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boite 14
641/150MP/21NRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

② Nauselium 500 mg
29,00 1 caps 21)

③ Doliprane 1 g dispersible
14,00 1 caps 21)

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 90DH80
EXP 11/2022
LOT 90044 4

④ Neofortan 160 mg
98,80 1 caps 21)

265,40
Dr H. BOURNAZEL
Chirurgie Viscérale, Thoracique, Cervico-chirurgie
Chirurgie Viscérale, Thoracique, Cervico-chirurgie
Varices
Tél. : 05 22 71 18 83 - 05 22 71 18 54 57
Fax : 05 22 71 18 83 - 05 22 71 18 54 57

10,30
PPV 100H30
PER 12/22
LOT 12804

PHARMACIE MIZOURA
Dr MEHDI BENMAKHLOUE
Tél: 06 61 06 92 32

12- 10- جزئية صافية مسيرة 2 مولاي رشيد - الدار البيضاء

Tél: 92 lotissement Safia Massira 2, Préfecture Moulay Rachid - Casablanca
Tél. : 05 22 72 75 75 - 05 22 72 80 81 - 05 22 70 14 58 - Fax : 05 22 71 40 41



Soins Externes № 007408

Date : 21/05/2020

Nom et Prénom : HILCHAM latifat

Consultation:.....

ECG :.....

Soins particuliers:

.....

.....

Médecin : D'WAN DANI

Payé : 2500 DH

.....

Signature



Nauseum®

Dompéridone

1 mg/ml

Flacon de 200 ml
Suspension buvable

29,00

Voie orale

A 16432