

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 | adhession@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 7645

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : OUGHNIT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522912762

Total des frais engagés : 250+205,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 FEV 2020

Nom et prénom du malade : Oughnita Abdellah

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : Casablanca

Le : 11/02/2020

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
7/1/20	CSL+		850,00	INP : M. TCHÉMÉ
7/1/20	ECC			
7/1/20	ca			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/2020	205,90
	13/04/2020	878,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

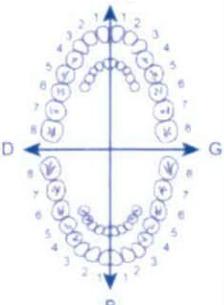
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

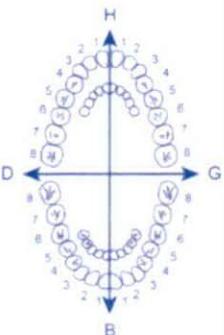
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اخصاصي
في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

CASABLANCA
Casablanca, le

149,20 x 3
Onglure

27,00 x 9
Pezzar 100
② Almar

49,60 x 3
③ D-Ame fut N° 3

38,80
④ Tavel sup

878,20

Abdellatif
SL

L	P	PPV	LOT	P	PPV	LOT	P	PPV	LOT
1	1	149,20	1	1	149,20	1	1	149,20	1
2	2	27,00	2	2	27,00	2	2	27,00	2
3	3	49,60	3	3	49,60	3	3	49,60	3
		27,00			27,00			27,00	
		27,00			27,00			27,00	
		27,00			27,00			27,00	
		27,00			27,00			27,00	
		27,00			27,00			27,00	
		27,00			27,00			27,00	

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

طبيب اخصاصي في أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم
Dr. Darif Abdellatif - Cardiologist and Hypertension Specialist
Résidence Mawada Imm A, Appt 8, Bd Ibn Tachfine, Casablanca
Tél/Fax: 05 22 62 62 94 - Urgences: 06 64 42 72 72

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اخصاصي
في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le 11 FEV 19

Gaghma Abdellatif

99,00

② Ods



1 - 0 - C

79,00

⑤ Kelmofog



1 - 0 - L

27,00

③ Alimar

1 - 0 - L

205,90



LOT: 190567
A consommer de
préférence avant le: 09/2024
PPC: 79,90 DH

27,00

