

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Chirurgie :

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 ALP :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005041

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

59034 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2555 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHENTOUF ARMED
Date de naissance : 12.12.51
Adresse : 15 Bd Lahcen ouider
Apt 66 - Casablanca
Tél. : 0664444903 Total des frais engagés : 600,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09/02/2021
Nom et prénom du malade : Mme LAHDAS RACHIDA Age : 59 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète - Affection métabolique
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 : Casablanca

Le : 09/02/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
09/02/21	Montant de la Facture
	450,70

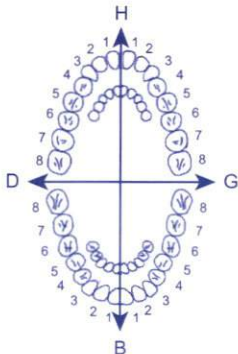
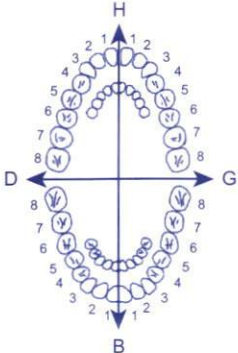
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

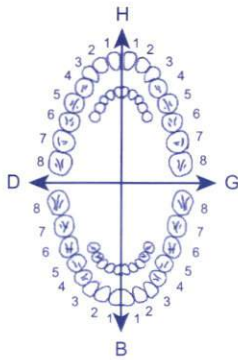
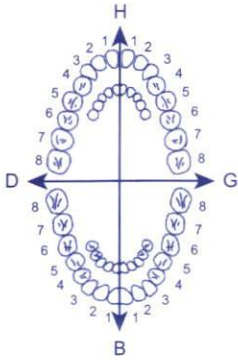
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ——— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur LOUITRI LATIFA

Médecine Générale

53, Rue Abou Rakrak Ben Jdia
Tél.: 05 22 44 17 47 - Casablanca 20 000

الدكتورة الويتري لطيفة

الطب العام

53, زقة أبو رقرق بنجدة
الهاتف: 05 22 44 17 47 - الدار البيضاء 20 000

Ordonnance

Casablanca, le

09/02/2021

me LAHDAB RACHIDA

109.90 x 3

59.70

①

NETFORONE 1000 p (3 Bts)



78.70 x 2

157.40

②

DIANJERON 60 mg p (2 Bts)



2 p le matin

116.80 x 2

233.60

③

LIPANTHyl 160 mg p (2 Bts)



450.70

الدكتورة الويتري لطيفة
Dr. LOUITRI LATIFA
Médecine Générale
53, Rue Abou Rak Rak Ben Jdia
Tél.: 05 22 44 17 47 - Casa

PHARMACIE POPULAIRE
LAHLOU Mohamed
PHARMACIEN
Angle Rue Hadj Amar Riffi
& Boulevard d'Alsace
Tél: 05 22 22 17 04 - Casablanca

à revoir dans

LOT : 20E046
PER.: 06 2023

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E042
PER.: 06 2023

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

LOT : 20E030
PER.: 01 2023

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90

6 118000 062141

608070A

608070A

maphar ○

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

maphar ○

ZI Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

78,70

78,70

V.2

V.2

V.2