

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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 : 375

Société : R.A.M. Le Maroc

Actif Pensionné(e)

Autre : Le Maroc

Nom & Prénom : RABAOUA

Hôpital

Date de naissance : 1933

Adresse : HAY ENNOUR RUE 5 N°11 CASABLANCA

Tél. : 06.69.89.01.55

Total des frais engagés : 1096,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HIND DRIBI KOUACHE
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologue et Nutrition
152 Boulevard Al Qods, Residenece Dar
Sous 2ème Etage. N°4 Casablanca

Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : ZITOUI SAADIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MUPRAS + 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 : CASABLANCA

Le : 20.07.2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
27/07/2024	conservat ion	300,00 D		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LARIBA</i>	07/17/2021	796,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU MASTICATOIR

2022-01-01 | 21:12

D	25533412	2143
	00000000	0000uuuu

[Création, remont, adj] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux.

63,30

63,30

63, 30

CD DES TRAVAUX

MONTA DES SC	PPV PER LOT	43DH00 04/23 K1093
DEBUT D'EXEC	PPV PER LOT	43DH00 04/23 K1093
	PPV PER LOT	43DH00 04/23 K1093

2905

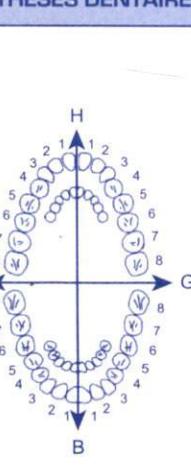
28,00

28,00

୭୪୩

28,00

28.00

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU G MASTICATOIRE	
		H	25533412 2143/ 00000000 0000uuuu
		D	00000000 00000000/ 35533411 1143355
		B	
<p>[Création, remont, adj] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire</p> 			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Zitouni Saadia

ORDONNANCE

Date: 07.10.2021

28,00 x 6

traitement
de
03 mois

78,70 x 3

63,32 x 3

24,40 x 3

43,00 x 3

296,2

<p>① Glucophage 1g</p> <p>1cp x 2/jr après déjeuner</p>	<p>78,70</p>
	<p>78,70</p>
<p>② Dianicin 60mg</p> <p>2cp/jr avant petit déjeuner</p>	<p>78,70</p>
	<p>78,70</p>
<p>③ Tritazide 10/125</p> <p>1cp/jr</p>	<p>78,70</p>
	<p>78,70</p>
<p>④ Levostilenox 500mg</p> <p>1cp/jr 250mg avant petit déjeuner</p>	<p>78,70</p>
	<p>78,70</p>
<p>⑤ Androgel 100mg</p> <p>1cp/jr</p>	<p>78,70</p>
	<p>78,70</p>

Signature

6 118 001 102020


Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6"118001"102020"
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

78621003
7862100342