

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Prothèse et Traitement canalaire :

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.

Pathologie 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 2555

Société : RAM 108791

Actif

Pensionné(e)

Autre :

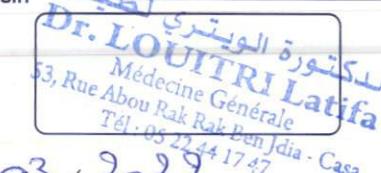
Nom & Prénom : C.HENTOUF AHMED

Date de naissance : 12 12 1951

Adresse : 15, bd Lahcen ouider Agt 66
Casablanca

Tél. : 06 64 44 49 03 Total des frais engagés : 470,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : Dr. LOUITRI Latifa

Date de consultation : 21/03/2022

Nom et prénom du malade : LAHDAB RACHIDA Age: 61 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIABETE + Lombalgie

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 : 21/03/2022

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
21/03/22	C		150	
22/03/22			80	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/22	392,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

نفقة أبو قرارق بنجية
الهاتف : 05 22 44 17 47 - الدار البيضاء 20 000

Ordonnance

Casablanca, le

Mme LAHDAB RACHIDA

21/03/2022

78,7x2=157,4

DIAZICRON 60 mg (x2)

19,9x3=59,7

DETFORINE 1000 mg (x3)

53,1

RELAXOL 50

27,1

DICLO supp 100 mg

22,1

1 supp

20,1

20 mg gelule

32,2

gelule 1/5

à revoir dans

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

PHARMACIE POPULAIRE
LAHLOU Mohamed
Pharmacien
Angle Rue Hadj Omar Rifi & Bd. d'Alsace
Casablanca Tél.: 05 22 22 17 04

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V :19DH90

6 118000 062141

PPV 78.70

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V :19DH90

6 118000 062141

PPV 78.70

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL B30
P.P.V :19DH90

6 118000 062141

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V :53DH10

6 118000 060833

PPV : 27.50

PPV 22.5>