

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@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.

M22- 0005681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03109

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERQUAOUI, MOHAMMED

Date de naissance : 01 - 01 - 1950

Adresse : 19, RUE ABOU GHAKER CHIANI CASABLANCA

Tél. : 06 61 30 72 44

Total des frais engagés : 1001,52 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Tél. 05 22 20 45 45

Nom et prénom du malade : RACHIDA EL ALAMI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Copjoint

Enfant

Nature de la maladie :

uréthrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALQ

Pathologie :

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 : 01/02/2024

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
21/04/2014	SOUVENTRÉD. MESSRS. DR THIBAULT	SI	30	DR THIBAULT SIGNATURE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMALIE DU CARRE DIDEROT 23 Rue de Neuilly Carré Diderot 92000 NANTERRE SIRET: 791 597 453 00012 TELE: 01 47 29 13 85	13/12/2023	41,52 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

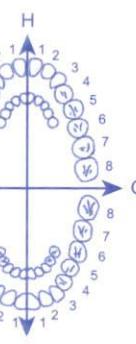
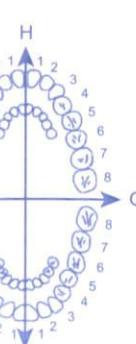
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. LATIF - IDRISI

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France

Ancien Chef de Clinic & Assistant au CHU de Nantes

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes

Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique

Membre de la Société Française de Chirurgie

Traumato-orthopédique



الدكتور لطيف الادرسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنات

رئيس قسم و جراح مستشفيات نانت

عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le
Mr.(Mme) : ALAÏD RAHDIA السيد (ة) :

① Hexadrone

4 Boîtes

PHARMACIE DU CARRE DIDEROT

23 Rue de Neuilly Carré Diderot

92000 NANTERRE

SIRET: 791 597 453 00012

TEL: 01 47 29 13 85

Dr. N. LATIF IDRISI
 TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
 75, Boulevard Massira Al Khadra
 Tél. : 05 22 25 25 16
 Fax : 05 22 25 25 07



N. LATIF IDRISI
75 bd massira Al khadra
Casablanca

NOM : EL ALAMI
PRENOM : RACHIDA

date	libelle	montant
02/01/24	Kc20 infiltration genou gauche	300.00
	Kc20 infiltration genou DROIT	300.00
	TOTAL	600.00

*Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO ORTHOPEDIST
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tel: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 25*