

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 canaux, 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

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 : pat@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 06-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS (Centre Altit Ben Abdallah - Centre Elhach Ange Rue Mohamed Hachef Rue Elal Ben Abdallah - Quartier de Elha
Casablanca 20000 - Tél : 09 22 20 48 49 (1.9) - Fax : 05 77 71 78 58 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540189

N.D. 40395

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0513 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LATFOURA Mohamed

Date de naissance : 21-07-1942

Adresse : Hay myy Abdallah Rue 202

Tél : 0661311900 Total des frais engagés : 337.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : Lahach Zohra ep bafn

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vaginite chronique

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 : 17 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

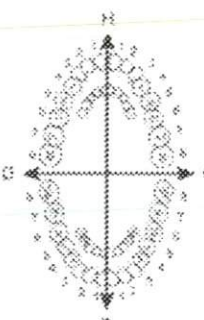
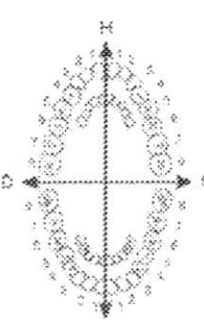
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
31/08/20	S	-	1200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/20	217,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <table border="1"> <tr><td>01303410</td><td>01403030</td></tr> <tr><td>02003220</td><td>02003000</td></tr> <tr><td>02000200</td><td>02000200</td></tr> <tr><td>02003111</td><td>02003003</td></tr> </table> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			D	<table border="1"> <tr><td>01303410</td><td>01403030</td></tr> <tr><td>02003220</td><td>02003000</td></tr> <tr><td>02000200</td><td>02000200</td></tr> <tr><td>02003111</td><td>02003003</td></tr> </table>	01303410	01403030	02003220	02003000	02000200	02000200	02003111	02003003	G	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																				
	D	<table border="1"> <tr><td>01303410</td><td>01403030</td></tr> <tr><td>02003220</td><td>02003000</td></tr> <tr><td>02000200</td><td>02000200</td></tr> <tr><td>02003111</td><td>02003003</td></tr> </table>	01303410	01403030	02003220	02003000	02000200	02000200	02003111	02003003	G										
	01303410	01403030																			
	02003220	02003000																			
	02000200	02000200																			
	02003111	02003003																			
	B																				
	(Création, remonte, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, technique à la profession			MONTANTS DES SOINS																	
				DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																		
ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

Médecine Générale

[Femme, Homme et enfants]

Diplôme d'échographie générale de la

Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



عيادة الدكتور سهام حنانة

الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الضحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

Casablanca, le : 31/08/2023 في الدار البيضاء

lahrach zohra ep kalfura

LOT : M0315
PER : 01/2023
PPV : 33,00DH

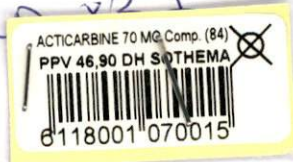
33.00

1 / Nup-80

1cp x 3 f

46.90

2 / act'carbure



69.90

3 / gynofler

18v x 15 6 f

67.50

4 / Araf 500

1cp x 2 f 3 f

217.30

احترام وصفة طبيبك

Distribué par: ZENTHOPHA
96, Zone Industrielle Tassili
Agadir-Magasin Dr. M. EL B
Pharmacie Responsable

AMM N° 395/17DMP21/NI
PPV: 69.90 DHS

67.50

ياسمين 1 شارع أمغالا رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 : الهاتف - ICE : 001804547000040