

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

- Reclamation : 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.

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

M22- 0013747

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société : AG3378

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAYADI LAQLAH RKIA

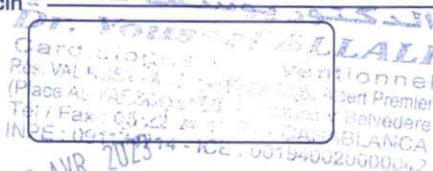
Date de naissance :

Adresse : Rue jules gues até calisa n°6 oasis
casablanca

Tél. : 0669922422 Total des frais engagés : 2038,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 AVR 2013

Nom et prénom du malade : LAQLAH RKIA Age : 1357

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : M

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 : Le : / /

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
27/12/2023	Consultation	100	300,00	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/6/23	1738,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le :

27 AVR. 2023

215,00 x 5

7) RAC
91,00x6

21 LIBRA
151160 X 3

37 sublit 80/1

27,70 x 3246

1738,90

Dr. C. A. Resnick
Resnick
Plastic
Surgeon

Sur Rendez-vous

INPE:091174714

ICE : 001940020000042

العنوان : إقامة ثالث روز - الطابق الثاني - زاوية شارع محمد الخامس وساحة آل ياسر بمدير الدار البيضاء

Adresse : Résidence VAL ROSE - A - 2^{ème} étage Angle Albert Premier (Place AL YASSIR) et Bd. Mohamed V Belvédère, Casablanca.

Tél.: 05 22 24 13 71 - Fax : 05 22 24 13 71 - E-mail : cabinetyousseffallali@hotmail.fr

PPV:215DH00

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300754

PPV:215DH00

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300754

PPV:215DH00

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300754

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



151,60

SULIAT® 80 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072379

PPV:215DH00

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 1

PPV:215DH00

RACIPER® 40 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300754

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

OT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

OT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

OT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

**Librax® 5 / 2,5 mg**

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT 23018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH