

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-0019531

198798

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2295 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEKICCI d'hui

Date de naissance : 1955

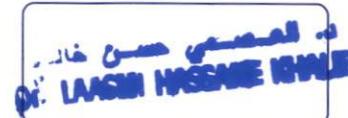
Adresse : Casablanca

Tél. 0661153609

Total des frais engagés : 859,20 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/12/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

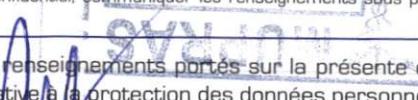
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 25/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation GNDP N° : AA-215/2019

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
25.12.23	C	1	G1	DR. LARBI HASSINE KHALID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. LARBI HASSINE KHALID	25-12-2023	859,20
Conformité OUVIEL KHEIR		
Maârouf CASA		
05 22 97 62 93		

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

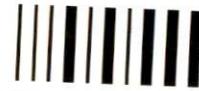
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Le praticien
Importante
Veuillez

Lot N°:
4401
EXP.:
04/24
PPV.: 145DH50

QUE 20 150ug



DR. LARBI

LOT: 368487
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH

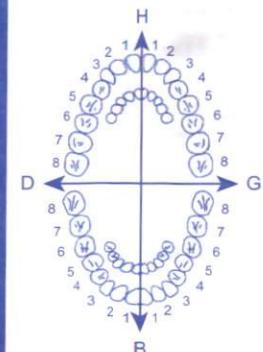
LOT: 367005
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH

LOT: 367074
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH

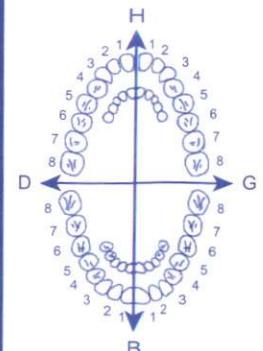
LOT: 367030
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH

LOT: 367030
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH

LOT: 367030
PER: 10-2027
PPV: 79,30DH



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION D MASTICAT

H
25533412 21
00000000 00
D
00000000 00
35533411 11
B

[Création, remont,
Fonctionnel, Thérapeutique, néo

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

ORDONNANCE

CASA Fait le 25.12.2023

Mr Ahmed BEKKALI

~~7930x9 = 7137~~

Valpro
01 - 0 - 01 q

~~14510~~ QUERZO

14 - 0 - 01 q

~~PHARMACIE OUM EL KHEIR~~
147 Lot Communal N°2
Sidi Maârouf - Casa
Tel : 05 22 97 52 93
~~8592~~

3 Mois

د. المصطفى
Dr. MASTOUR MASSANE KHALID