

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.



Déclaration de Maladie

M23-0019531

19878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2295 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKUGI SHW

Date de naissance : 1955

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661153608 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 25 / 12 / 2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
25.12.23			G1	د. المصطفى حسن خالد Dr. MUSTAFI HASSANE KHALID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUM EL KHEIR 147 Lot Communal N°2 Sidi Maârouf - Casa Tél: 05 22 97 52 93	25-12-2023	859,20

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
		AM	PC	IM	IV	

Lot N°:

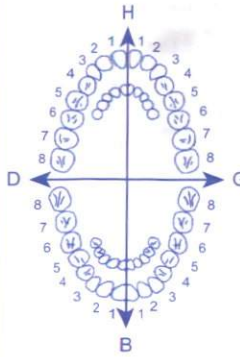
4401

EXP.:

04/24

PPV.: 145DH50

Quebec 150mg

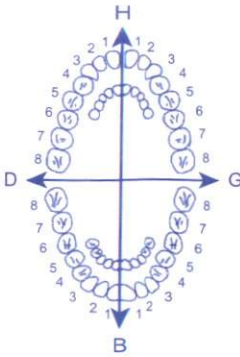


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION D
MASTICATION

H	B
25533412	21
00000000	00
D	00000000
00000000	00
35533411	11

(Création, remonte,
Fonctionnel, Thérapeutique, néc



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

LOT: 367074
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

ORDONNANCE

CASA Fait le 25.12.2023

Mr Ahmed BEKKALI

7930x9 / 7138
Valpro

01 - 0 - 01 g

1455
QUERZO

14 - 0 - 01 g

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

3 Mois

د. المصطفى بن فاضل
AASMI MASSANE KHALID