

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02548 Société : 22618

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FALLAL BRAHIM

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 18 Rue Joubert Casablanca

HAY ERRAHJON CASABLANCA

Tél. : 0668245007 Total des frais engagés : 322,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid MOHAMMADI
Diplôme en Echographie Electrocardiogramme
Lot Lalla Meriem, Rue 9 n° 55
El Gara - Tél. : 0522 33 36 89

Date de consultation : 19/01/2020

Nom et prénom du malade : FALLAL ISMAÏEL Age :

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

Nature de la maladie : BRULURE AIGUE

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) :

Dr. Khalid M.
 Diplôme en Radiographie Dentaire n° 55
 Lot 1 - 1982 33 36 89
 El Gara - Tébessa

157,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
 Date
 Montant de la Facture

19/02/20
 152,90

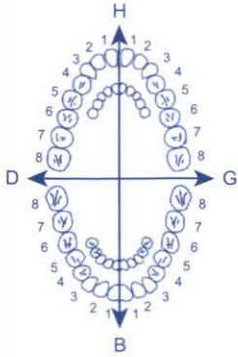
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

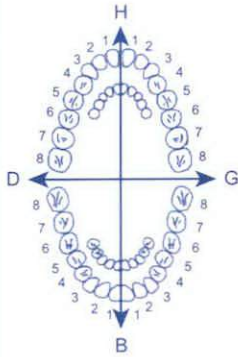
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue
 Date
 Désignation des Coefficients
 Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khalid MOHAMMADI

الدكتور خالد محمدي

OMNIPRATICIEN

DIPLÔMÉ EN ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME

Tél : 05 22 33 36 89

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الهاتف: 05 22 33 36 89

EL Gara, le

الثارة

LOT: 073919 PER: 09/2022
PPV: 100,10 DH

3880

PPV: 14DH00
PER: 11/22
LOT: I2590

FELAH ISHAM

100,10

100,10

3880

14,00

152,90



Dr. Khalid MOHAMMADI
Diplômé en Echographie et Electrocardiogramme
Lot Lalla Menem, Rue n° 55
El Gara - Tél : 0522 33 36 89