

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

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

N° M21- 070583

102821

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 328 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARA HIR MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse : IWARA I Rue 5 NC 10

Tél. : 06 61 89 38 41 Total des frais engagés : 0K Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelkader ELMADI
MEDECINE GÉNÉRALE
Echographie Générale
153 Rue 25/Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

INPE : 091057711

Date de consultation : 26/01/2017 Autorisation N° : 4994

Nom et prénom du malade : ESSAGHIR Moustapha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DIABETE + UTI A, Moustapha

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 :

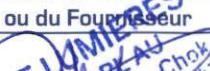
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
26 JAN 2022	1	0.1	6	INPE : 091057711

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LUMIÈRE S.A.R.L. 53, Bd. Al Gods Al Sabea Ain Chok Essabtia - M.P.E. 09204042 Tél.: 05 22 52 40 29 092040427	26/01/2022	1691,73

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> </tr> </table>	D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p>
D	H	G																		
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
		<p>MONTANTS DES SOINS</p>																		
		<p>DATE DU DEVIS</p>																		
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

الدار البيضاء 2022

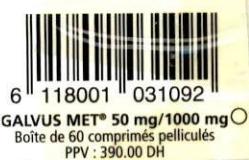
PHARMACIE LUMIERE
LAHRICHE SARL AU
550, Bd Al Qods, Ina, 10
Casablanca - INPE - 09200
Tel.: 05 22 5240 29

ESSTENZI MUSIQUE



PPV: 159DH30

159,30



92,00

92,00

153, Rue 25 Bd. Panoramique

العنوان: شارع بانوراميك الرقة 153، المدن الجديدة - Casablanca

الهاتف: 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE

→ 99,00 Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdeune Casablanca

Tel: 05 22 21 11 12 - INPE 091057711

1694,70

4994

Platinal 44,70
→ 44,70 ylml
→ 44,70 6 deus
mri

7 th
d
3
mri

1694,70

4994

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
→ 99,00 Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdeune Casablanca

Tel: 05 22 21 11 12 - INPE 091057711

4994

1694,70

4994

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
→ 99,00 Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdeune Casablanca

Tel: 05 22 21 11 12 - INPE 091057711

4994

1694,70