

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

duction :

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.

aire :

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.

die 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

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- 0056147

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4810

Société : RAM - 303Wb

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAZ RAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KERGOMAR Residence ANBAR Imm. n°3

App. n°9 AIN DIAB CASA

Tél. : 06.61.31.86.52

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 10.02.2022

Nom et prénom du malade : MR Laz RAK Saad

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Le : 10.02.2022

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
10/02/22	CS		GT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIRED DU Roukia 15 - 16, Rue Kergomar Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01</p>	10/02/2022	377,65

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
		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 :

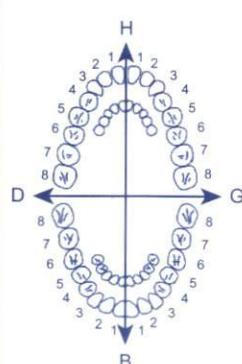
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd

Chirurgien Cardiaque et Vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier



الدكتور (البادى) محمد سعد

إختصاصي في جراحة القلب

والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بونبولي

Casablanca, Le ١٠_٠٢_٢٠٢٢ الدار البيضاء في :

M: LAZRAK SAAD

٣١٦,٠° ١) Plavix 75 mg

١cp/٨



٥١,٤° ٢) catex 250 mg

٢cp/٨ x ٥٨



١٠,٢٠ ١ matin , ١ Soir
٣) Dolostop 500 mg

٣٧٧,٦٠ ٢cp/٨ x ٢٨



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKI KEDJ Roukda
15 - 16 Rue Kergomar
Residence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

عن طريق الفم

قرصاً

20

الأوجاع والحمى

إبتداء من 27 كيلو

PHARMAN 5

٥٠٠
ملغ

دواء مطلوب
باراسيتامول

١٠,٩٠

5000038i

LOT N° :

EXP :

PPV :

Catex® 250 mg

Ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

LOT 212109
EXP 02/24
PPV 51DH40

Voie orale

Plavix® 75 mg

comprimés pelliculés
film-coated tablets

Voie orale
Oral use

28 comprimés pelliculés
film-coated tablets



SANOFI