

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

M22- 0012071

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2764 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARAH

Mohamed

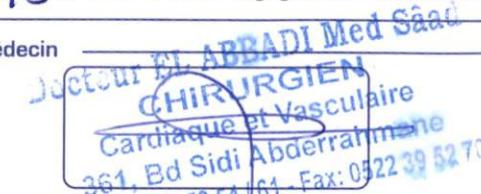
Date de naissance : 01.01.1958

Adresse : Maison adn 850

Tél. : 0614434748 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin*



Date de consultation : 26.07.2019

Nom et prénom du malade : MR Farah Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FR

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/07/2012	CS	67+		<p style="text-align: center;">  DOCTEUR SIDI ABBADRI MED SAAD CHIRURGIEN Cardiaque et Vasculaire 361, Bd Sidi Abderrahmane 93 52 54 61 - Fax: 0522 09 52 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL MESJID SARL AU 445, Bd Mokhtar Casablanca Tél. : 05 22 28 01 62	20/03/2022	10500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side) and several anatomical landmarks. Landmark D is located on the left side of the arch, H is at the top center, and B is at the bottom center. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the largest and the second molar being the second largest. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8, with 1 being the central incisor and 8 being the second molar. The arch is shown in a symmetrical, mirror-image pattern.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Sâad
Chirurgien cardiaque et Vasculaire
Lauréat de la Faculté de Médecine
de Montpellier



الدكتور العادي محمد سعد
اختصاصي في جراحة القلب
والأوعية الدموية
خريج كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le 26/07/2009 الدرالبيضاء في

M^o : FARAH Mohamed.

Spectrum 250

2 Cp / J X 5 J 1 Matin , 1 Soir

67.40

Andol 500

2 Cp / J X 5 J 1 Matin , 1 Soir

100.0

Aspégic 100

(1 sachet /j) à Midi (1 mois)

21.80 x 2



PHARMACIE EL MESJID
SARL AU
445, Bd Mokhtar Soussi
Casablanca
Tél. : 05 22 28 01 62

Docteur EL ABBADI MED Sâad
CHIRURGIEN
Cardiaque et Vasculaire
361, Bd Sidi Abderrahmane
Tél: 0522 3952 54 / 61 - Fax: 0522 39 52 70



361 , Bd . Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél : 05 22 39 52 61 / 05 22 39 52 54 / 06 75 49 36 49 - Fax : 05 22 39 52 70

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
LOT : 21E005
PER : 05/2023
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH80
LOT : 21E005
PER : 05/2023
6 118000 061113

