

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-601463

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11680	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RIDA REDOUANE			
Date de naissance : 29-12-1971			
Adresse : 26 109 km 16 Boustantane Casab.			
Tél. : 0674268978		Total des frais engagés : 233,80 Dhs	
Cadre réservé au Médecin Docteur ADNANE NACER Chirurgien orthopédiste-traitmatologue TEL: 05 61 71 90 00 INPE: 091036814			
Cachet du médecin : 10582 AZAHAI nez HA			
Date de consultation : 09 Nom et prénom du malade : Age: Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Tumeur synoviale 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 : **Coët** Le : **05/05/2022**
 Signature de l'adhérent(e) : **Coët**



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
02.05.88	CS		15	<p>Docteur ADNANE N Chirurgien orthopédiste - traum TEL : 06 61 71 90 INPE : 09103683</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CELESTE AGEDORFFA PHARMACIE GENERALE 1200 N°84 Tél. : 05 22 32 05 53	05/05/2001	233.80

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

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

الهاتف : +212 (0) 5 29 17 71 00

المحمول : +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني : adnane.ortho@gmail.com

alegha Aghol

Casablanca, le : 09.05.12



PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot :

Date de Fab :

Date de Pér :

PPC : 99 Dhs

121514

09.2021

09.2023

SI Prodefen

99.00

1

S.V

C

2

06

21 Andalous

S.V

134.40

233.80

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N° 20, Bouskoura 27182
Bouskoura Centre Trauma SA
Tél. : 05 22 32 05 57

LEVAMOX® 12 COMPRIMES EFFERVESCENTS
PPV 134DH80
LOT 180642
EXP 01/2024

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N° 20, Bouskoura 27182 - Casablanca
الاندلس 3، عمارة ياسمين 4، الطابق 4، الشقة 20، بوسكورة - الدار البيضاء