

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041229

Maladie Dentaire Optique 13754/ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1375 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AFKIA Lakou

Date de naissance : 1949

Adresse : Sidi Othman

Tél. : 0666388028 Total des frais engagés : 887,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2022

Nom et prénom du malade : BAHAMED HLIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
	<i>central</i>		<i>9</i>	<i>Dr. Khalid Al...</i> CARDIOLOGUE 254 AV MED BOUZIANE SALAMA III SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Al Wikaya</i> 563-561 32 37 32 16	<i>15/11/22</i>	<i>887,50</i>

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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															
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H															
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Coefficient des Travaux <input type="text"/>																	
			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

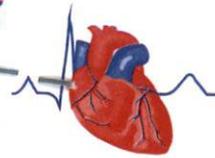
Docteur Khalid ADNAN

الدكتور خالد عدنان

Cardiologue

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Echodoppler Cardio-Vasculaire - Holter



اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

و ارتفاع الضغط و الدورة الدموية

البحث بالصدى و الهولتر

Casablanca, le : 15/11/2011 الدار البيضاء في

BA MOHAMED HELIMA

131,50 x 13

1/2 p' temate 80g

1340 x 1 1/2 p' temate

1340 x 1 1/2 p' temate

1302 7400 x 3 2 p' temate

4700 1/2 p' temate

cardinar 6.20g

88750 1/2 p' temate

صيدلية الوفاقية
PHARMACIE AL WIKAYA
صيدلية
صيدلية
عنوان شارع الشيخ مني بنوك
05 22 37 32 16
البيضاء

Dr. KHALID ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV. MOHAMED BOUZIANE SALAMA III
SIDI OTHMAN - CASABLANCA
TEL : 022 55 41 08

254، شارع محمد بوزيان الطابق الأول السلامة III سيدي عثمان الدار البيضاء
254, Av. Mohamed Bouziane 1er étage Salama III Sidi Othman Casablanca
الهاتف : 05.22.55.41.08/12 : الفاكس : 05.22.55.41.12 : المحمول : 06.66.25.12.44 : GSM

PPV 130DH20
PER 05/24
LOT L1772



PPV 74DH00
PER 10/23
LOT R2813-2

74,00

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

PPV: 74DH00
PER: 02/24
LOT: L678-2

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT : 210411
UT AV : 03/2024
PPV : 47,00DH

LOT 221472 1
EXP 05 2025
PPV 131.50 DH

LOT 211752
EXP 07 2024
PPV 131.50 DH

LOT 211752
EXP 07 2024
PPV 131.50 DH