

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

- Reclamation : 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- 0025969

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1372 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

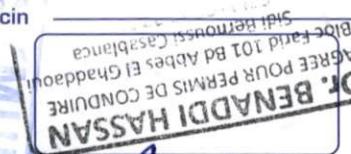
Nom & Prénom : ABDELKARIM, Mohamed

Date de naissance : 06.10.1953

Adresse : 37 N°3 Hay El Gador Sidi Ben Mezroussi Casablanca

Tél. : 06 63 25 55 89 Total des frais engagés : 753,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.11.2022

Nom et prénom du malade : Abdel Karim Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Casablanca Le : 30/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Abdel Karim Mohamed

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28.11. 2012	C	100		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/12	653,20

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 :

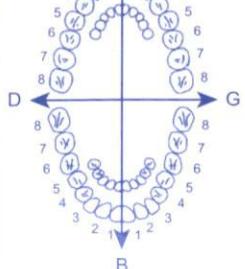
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur BENNADDI Hassan

Diplôme de la faculté de médecine de Lille

MEDECINE GENERALE

Diplôme d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Medicale
de Permis de Conduire
Suivi de Diabète

Casablanca Le :

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب ببلجيكا

الطب العام

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

مرخص للفحص الطبي لأجل

رخصة السيارة

مراقبة مرض السكري

الدار البيضاء في :

28/11/2022

Abdelkader Othmane

22,00 x 3

68,80 x 4

28,00 x 6

37,00 x 2

65,22 x 1

Cardiogram

1 g le au 3 Bns,

glycémie 4 Bns

144 Bns

143 Bns 1000

143 Bns 6 Bns

3 BLOC FRED 102 BD ABBAS ECHACHE SIDI BERNOUSSI CASABLANCA
AGREE POUR LA VISITE MEDICALE DE PERMIS DE CONDUIRE
DOCTEUR BENNADDI Hassan N° 3 SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA
بلوك فريد ، 101 شارع عباس العاوي رقم 3 سيدى برنوسي
الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50
Tél : 05 22 73 27 09

PPV: 70DH00
PER: 06/24
LOT: L1951

PPV: 70DH00
PER: 06/24
LOT: L1951

PIV: 70DH00
PER: 06/24
LOT: L1951

Glyset®

GLIMÉPIRIDE

4 mg | 30
COMPRIMÉS

Glyset®

GLIMÉPIRIDE

4 mg | 30
COMPRIMÉS

Glyset®

GLIMÉPIRIDE

4 mg | 30
COMPRIMÉS

GENPHARMA

LOT 221255
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

28,00

28,00

GENPHARMA GENPHARMA