

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W21-768554



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 02644	Société :	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : OKBA ABDELMALEK		
Date de naissance : 30/04/1959		
Adresse : Habituelle		
Tél. : 06 68 98 28 21 Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : H. HAMMI 26/10/2022	
Date de consultation :	26/10/2022
Nom et prénom du malade :	OKBA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Maladie chronique
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidential 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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **10/11/2022**

VOLET ANTICRIME

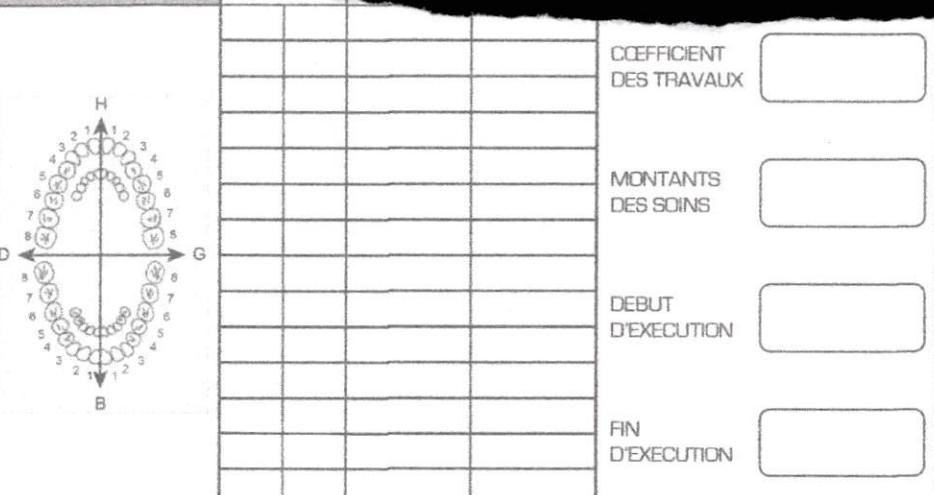
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/22	194,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	V I	
DR. MENEDEZ AL KHOUZAMIA OULFA <i>[Signature]</i>	26/10/02 : 06/10/02 22 66			X		50,00

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

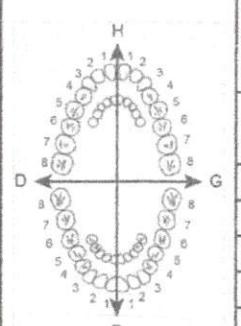


O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL

طبيه

Docteur Abdellah FAKIR

Médecine Générale

PPV

LOT

PER

28/80

Protenid® 100 mg/2 ml
Solution injectable IM
6 Ampoules



Coltrax® 2 ml
6 ampoules



- ECHOGRAPHIE

- ECG

- DIABETOLOGIE

- PRÉVENTION ET DÉPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

النساء

PHARMACIE LES PARENTS
Nadia GOURANI
734 El Lettessement Zoubair Group
Addha Guin - Casablanca
Gsm: 06 07 07 08 25

Casablanca, le 26/10/2022

VITANEVRIL® FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



25x25
6/74

u/2 OK BA . Abdellah Fakir



60,40

2870

Protenid 100 mg

1 day / 1

Coltrax 2 ml

1 day / 1

mélanger
deux capots
du 6 en sering

1 day / 1

ml 6

Di-indo 100 mg

1 day / 1

Ochr 100 mg

Calcium 100 mg

1 day / 1

194,80

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 05/2025
LOT 22015 4



Profenid®

Kétoprofène

100mg/2ml

Solution injectable

LOT 0206

PER 06 24

PPV 54.10 DH



Voie intramusculaire stricte

6 Ampoules

LOT 086221

UT AV 06 2025

PPV 51,00 DH

كولظراس®

تیوکولشکزید