

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.

W21-660116

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7482 Société : EX RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KASSE DE KHALID

Date de naissance : 14-08-1966

Adresse : 1085 LOT 5 HADJ FATEH - OULFA - CASA

Tél. : 0663068886 Total des frais engagés : 156,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin:

Date de consultation : 08/14/2019

Nom et prénom du malade : KASSE DE Khalid Age :

Lien de parenté: Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : IRF

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Khalid



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE BLANCA C.A.C.BLANCA Lot. Haj fatch Rue N° 3 lot 64 Blanca - Tél: 0522 79 10 28	07/12/22	156,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a circular DNA molecule with 8 numbered segments (1 through 8) arranged in a clockwise direction. Each segment has an arrow pointing to the right, indicating the direction of replication. The molecule is oriented with a horizontal axis labeled D (left) and G (right), and a vertical axis labeled H (top) and B (bottom).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd
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 07.12.2022 ضاء في

M. RASSEDE Khalid

Spectrum 250

51,40x2
2 Cp / J X 5 J 1 Matin , 1 Soir

Andol 500

10,00
2 Cp / J X 5 J 1 Matin , 1 Soir

Aspégic 100

21,80x2
(1 sachet /j) à Midi (1 mois)

Oedes 20

1cp / j le matin

156,40



STE PHARMACEUTIQUE
Casablanca
Lot 6 N° 05200
Lot 24
PER : 21/05/2023

LOT : 220608
EXP : 04/2025
PPV : 10,00DH
LOT N° :

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
PER : 21/05/2023
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH80
PER : 02/06/2024
6 118000 061113