

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 790 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AMRANI My Fessa

Date de naissance :

Adresse : INARAT Rue 1 n° 100 Anfa

Tél. 06 68 40 42 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Amrani PDRSSI My Fessa Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/10/2022	A			DR SAADALLAH ABDALLAH Chirurgien Urologue 101 Angle Bd Abdelmejid & Bd. Anouar CASABERANGA Tel. 05 22 86 38 99 / 05 22 86 58 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguet	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Boulmane 2-4, Bd. Boulmane Hay My Abdellah Ain Chok Casablanca Tel. 05 22 87 43 21 Dr. Zineb RABHI NI SMRIES 092016724	06.10.2022	746,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[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

الدكتور سعد الله خالد

Dr. SAADALLAH Khalid

Chirurgien urologue

Cœliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancérologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitemennt de la prostate par laser Green Light

Traitemennt des calculs urinaires au laser Holmium

Enurésie chez l'enfant

Circoncision masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية لجراحة الكلى

فحص وجراحة الكلى والمسالك البولية بالمنظار

للكبار والأطفال

تقنيات حصى الكلى والمسالك البولية

بأشعة الميموم لزيز

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول اللا إرادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le :

06/10/2022.

M. AMRANI IDRISSI My A.C.S.

64120X5

1) Cardura 4 mg,
dep le soin pedozmois

163120X2

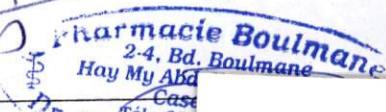
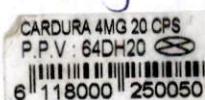
2) Dista 0,5 mg,
dep le soin pedo

99100

3) Cedex 20 mg

746,40

1go le soin pedozmois



محل المون وشارع أنوال، عمارة عبد المؤمن سانتر فوق مقهى المدينة ، الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء
452, Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Imm. Abdelmoumen center au-dessus de
1er Etage N° 101 - Casablanca - Tél. : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 6