

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.

M22- 0020440

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 3183

Matricule : 3183 Société : 143840

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI

Date de naissance : 11/11/1953

Adresse : VILLA 7 Lotissement TOURIA BOUSKOURA

CENTRE

Tél. : 06 61 52 50 01 Total des frais engagés : 879 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2022

Nom et prénom du malade : AMRANI Amina Age : 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cachexie à lésion terminale

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Jan 2023

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 11/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : S. A. M.

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
28.12.22	C3		65	ABDIAD ALLAH 09437451 09437451

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MARIA SARL Loubna EL AKKARI Docteur en Pharmacie Bouskoura Centre Km 15,5 Casa - 0522 33 45 23 ICE 00151272000030	29 12 2017	879.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top center, 'D' on the left side, and 'B' at the bottom center. The teeth are represented by circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur LABIAD ALLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - PROCTOLOGIE
SUR RENDEZ - VOUS
Horaire continu



الأستاذ لبيض علال
الخصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير
بالموعد
توقيت مستمر

Casablanca, le : الدار البيضاء، في

29/12/2022

2 α 3 α 3

Salcrozine N° 3

2 comprimés, matin et soir après manger (pendant 3 mois)

Mme Amrani Amina



DR LABIAD ALLAL
Gastro-Entéro-Hépatologie
158, Bd d'Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 94 37 45 / 05 22 94 37 47

PPV: 293,00 DH

PPV: 293,00 DH

PPV: 293,00 DH

Chirurgie Générale
Loubna EL KAKARI
Docteur en Pharmacie
Mustoura Cenit 103 Casablanca
Tél: 05 22 94 37 45 / 06 31 25 03 85