

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.

Radioologie 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.

N° W19-414166

148939

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7371	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HASSAN
Nom & Prénom : Bachasse EL HASSAN			
Date de naissance : 13/07/1956			
Adresse : 412 de police villa n. 4 polo cas,			
Tél. : 06 69 158 711	Total des frais engagés : 150 - 210,70 Dhs		

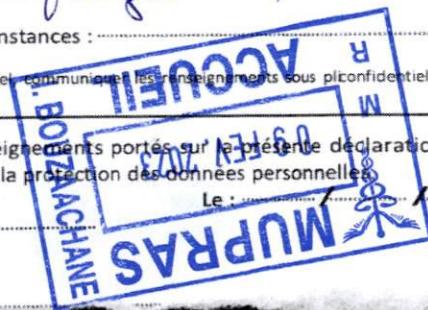
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur Abdelkader ELMADI MEDECINE GÉNÉRALE Echographie Générale 153 Rue 25 Bd. Panoramique Bleu Lamdoune Casablanca Tél: 05 22 21 11 12 - IMPE : 091057711 </div>			
Date de consultation : 20 DEC 2022			
Nom et prénom du malade : BACHASSSE EL HASSAN Age:			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : diabète + af de genoux + affirmeur			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
19 JUIL 2021	C	G	150,00	INP : INPE : 091057711 DOCTEUR Abdelkader ELMAD GÉNÉRALE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Bien Légués à Casablanca Montant de la Facture INPE : 09105771
PHARMACIE ANDALOU 384 Avenue Abderrahmane Bab Doukkala Casablanca 24 Avenue Ibn Zohr Bab Doukkala Casablanca 24 Avenue Ibn Zohr Bab Doukkala Casablanca	29 Mars 2012	210, 10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dent Traitée	durée des travaux	Coefficient	INP :								
		LOT: 220450 PER: 06/2025 PPC: 79,90dh	K	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								
PROTHE												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DATE DE L'EXECUTION								
<p align="center">TERMINATION DU COEFFICIENT MASTICAT DIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433352 00000000 11433353</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>					H	G	25533412 00000000 35533411	21433352 00000000 11433353	D	G	00000000	00000000
H	G											
25533412 00000000 35533411	21433352 00000000 11433353											
D	G											
00000000	00000000											
<p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												

AVISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي
الطب العام
دبلوم الكشف بالصدى
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 29 DEC 2022 الدار البيضاء في

Dr ABDELKADER EL MADI

pour - Mme Dr 80 - K (S.V)

29.9 - 147 cm eters traen
147 cm eters traen

29.8 - 147 cm eters traen
147 cm eters traen

- Noura 48 K

(S.V)

29.10.12 147 cm eters traen

PHARMACIE ANDALOUS
Rachid LAOUI
394 Angle AV 2 Mars et
BD Panoramique Casablanca
Tél: 0522211185

Docteur Abdelkader ELMADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 00177821700037 - INPE : 091057711