

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-788718

ASMA 86

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1658	Société : RAA	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : NAHRADY MUSTAFA		
Date de naissance : 01-01-81		
Adresse : La H		
Tél. : 0664170732 Total des frais engagés : 323, 00 Dhs		

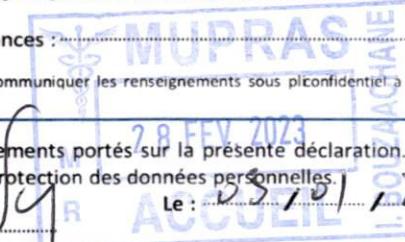
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
161-05-22-1112-INPE-09105771 Soceteit Abdellah El MADI 153 Rue 25, BP Panoramique Echographe Générale MEDECINE GENERALE Cachet du médecin :		
INPE : 09105771		
Date de consultation : 25/03/2023		
Nom et prénom du malade : V. INSURANCE AUTOPLA		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Inguinal Hernia	
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 : 23/03/2023

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
03.01.2023	C	150.00	INPE : 091057711	Praticien : Dr. ABDERRAZAK EL MIRI Médecine Générale Echographie Générale 159 Rue 25 Bd. Phéniciaque Bine Lardoune Casablanca Tel: 0522 21 11 12 - INPE: 091057711

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIT ALI 34 rue syrie de Dzaza Tel: 0522 96 59 11 Inpe: 0920988896	2023-01-16	123.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

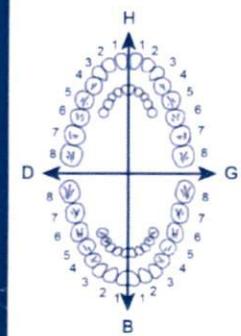
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

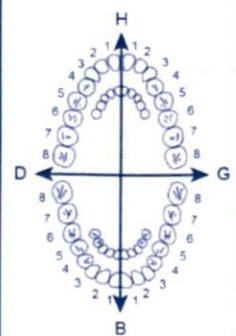
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 بمونبليي - فرنسا

Casablanca le 03-01-23: الدار البيضاء في:

Dr. MAHRAZY مهندس

Capital - 3 mm

11 cm de long

3x5x2.8

✓

PARAPHE DE DOCTEUR
Dr. MAHRAZY
Tél: 05 22 21 11 12
Type CE 0920068896

Dr. Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie générale
153 Rue 25 Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 INPE: 091057711

Dr. Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie générale
153 Rue 25 Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 INPE: 091057711

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57.80DH

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca - الرقة 25 ب 153 بين المدن

الهاتف : 001778217000037 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 4994

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711