

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-775343



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2837 Société : *Alb4806*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *KLASSRI*

Date de naissance : *18/01/55*

Adresse : *325 LOT LA FARCE BOUSKOURA*

Tél. : *06624104003*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *28/04/2023*

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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
28.04.13	C	1	18000	DR. M. L. L. 12.04.2013

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie JAKKARI	28/04/2013	609,70
INPE 092041433		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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								
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	35533411 11433553
H	21433552							
D	00000000							
B	35533411 11433553							
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>								

Docteur Btissam RACHIDI

Médecine Générale

Ex Médecin attachée au CHU IBN Rochd

et Hôpital My Youssef

Diplômée en échographie

Diplômée en gynécologie médicale

Diplômée en colposcopie

Suivi de grossesse

Diplômée en médecine du travail

ECG - Pose de sterilet



28/04/2023 الدار البيضاء في

up e KASSIR

2

Cardec

>
S

angip

25.20.28 le soir

>
S

2 → 2 aleg

89,50 1911 >
-02

3 → 2 pul

تجربة الدالية ببوزكورة المترacer رقم 100%

Tel : 05 22 59 04 91 (GSM : 06 12 16 82 67)

INPE : 091224782 - IGE : 002190173000021

3 D3 mors (03 BH)
 80,13
 75 gH
 600,70

Dr. MESSIRI Amal
 Bouskoura
 Tel. 052

Pharmacie MARIA SARL
 Lebni El KARI
 Dr. DIAOUDI Pharmacie
 Bouskoura Centre Km 13, Casablanca
 Tel. 052

PPV: 88DH00

PER: 06/25

LOT: L2120

PPV: 88DH00

PER: 06/25

LOT: L2120

6118001102495
 ZALERG 0,25 mg/ml
 Collyre 5 ml - PPV: 89,50 DH
 Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
 Casablanca - Pharmacien Responsable: Amina DIAOUDI

Lot: 220641
 A consommer avant le: 08/2025
 PPC: 89,50 DH

Lot: 220641
 A consommer avant le: 08/2025
 PPC: 89,50 DH

230024
 2026/01
 PPC: 89,50 DH