

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.

N° W21-815533

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
1530

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

RAM.

RETRAITE

Nom & Prénom :

MAANNE HASSAN

A 78125

Date de naissance :

15/05/1951

Adresse :

39 RESIDENCE LINA RUE DES BLOYES

MARIE BKT CASABLANCA

Tél. : 0661 464641

Total des frais engagés :

19849 1434,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/07/2022

Nom et prénom du malade :

MAANNE HASSAN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HITA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je déclare que je suis à l'origine de ce caractère 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 : Casablanca

Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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
27/01/2023	visite		350,00	INP : 09109104 الطباط الطاط AKHSSA CCI AID

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. REINHOLD PHARMACEUTIQUE PARIS 13 ^e EL MANOUR 721	24/08/2023	1084,90

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
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE DES FRAUDULENTES

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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G	B	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

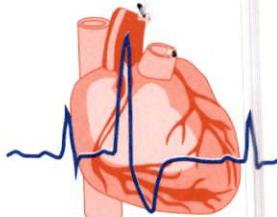
Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Membre de la Société Française
de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاخي

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بمونبولي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب

رئيس قسم أمراض القلب سابقاً

بمصحات الضمان الاجتماعي

24.08.2023

Casablanca, le

2023-08-24

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bniou al aouam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg

Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRO P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

CANE HASSAN

الدكتور عبد اللطيف الخصاخي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
33 Boulevard Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 05 22 94 06 06

24.08.2023



176,20 x 6

Hydrocavat 16

1/1

Cane HASSAN 2023

27.75

1084.95

CJ



Dr. Abdellatif Ben Kaddour
SYNTHEMEDIC

Tél:

05 22 94 06 06

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bniou al aouam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg

Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRO P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

BENNS Zineb
SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bniou al aouam roches
noires casablanca
HYTACAND
60 162552 04 - Casablanca

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bniou al aouam roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg

Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRO P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bniou al aouam roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg

Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRO P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bniou al aouam roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg

Cpr

Bte de 30

29 DMP/21NRO P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

33، شارع عبد اللطيف بن قدور - إقامة بيلافي - سقة 4 - الطابق 2 - الدار البيضاء

3, Bd. Abdellatif Ben Kaddour - Rés. Bella Vista II - App. N° 4 - 2ème Etage - Casa

الهاتف : 05 22 94 00 60 - الفاكس : 05 22 94 06 06 - Fax : 05 22 94 00 60 - المحمول : 06 61 14 48 64