

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

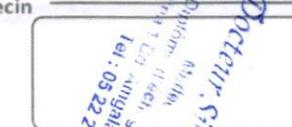
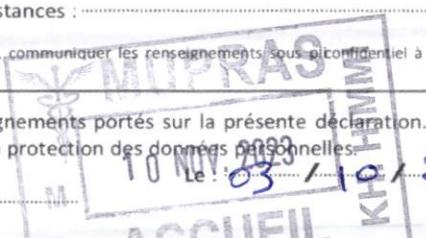
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-710794



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19069	Société : RAF		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MSADEK HAMID
Nom & Prénom : MSADEK HAMID			
Date de naissance : 18/04/1977			
Adresse : rue 201, Hay Mly Abdellah, Ain Chah Casab			
Tél. : 06 60 40 16 40	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : Nom et prénom du malade : MSADEK HAMID Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : ASPH 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 : Casa le : 03/10/2023 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
03/10/2023		-	110,00	INPA
13/10/2023	Conseil	-	110,00	INPA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR DIOURIM HAMED Taza Hay My Abdellah - Casab 05 22 21 59 66	31/10/23	27910

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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"/>																										
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX																										
					MONTANTS DES SOINS																										
					DÉBUT D'EXÉCUTION																										
					FIN D'EXÉCUTION																										
					O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES					CŒFFICIENT DES TRAVAUX																					
					DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE					MONTANTS DES SOINS																					
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">F</td> </tr> </table>					H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B		F		DATE DU DEVIS	
					H		G																								
					25533412	00000000	21433552	00000000																							
00000000	00000000	00000000	00000000																												
35533411	11433553																														
B		F																													
 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DATE DE L'EXÉCUTION																										

Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la
Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme

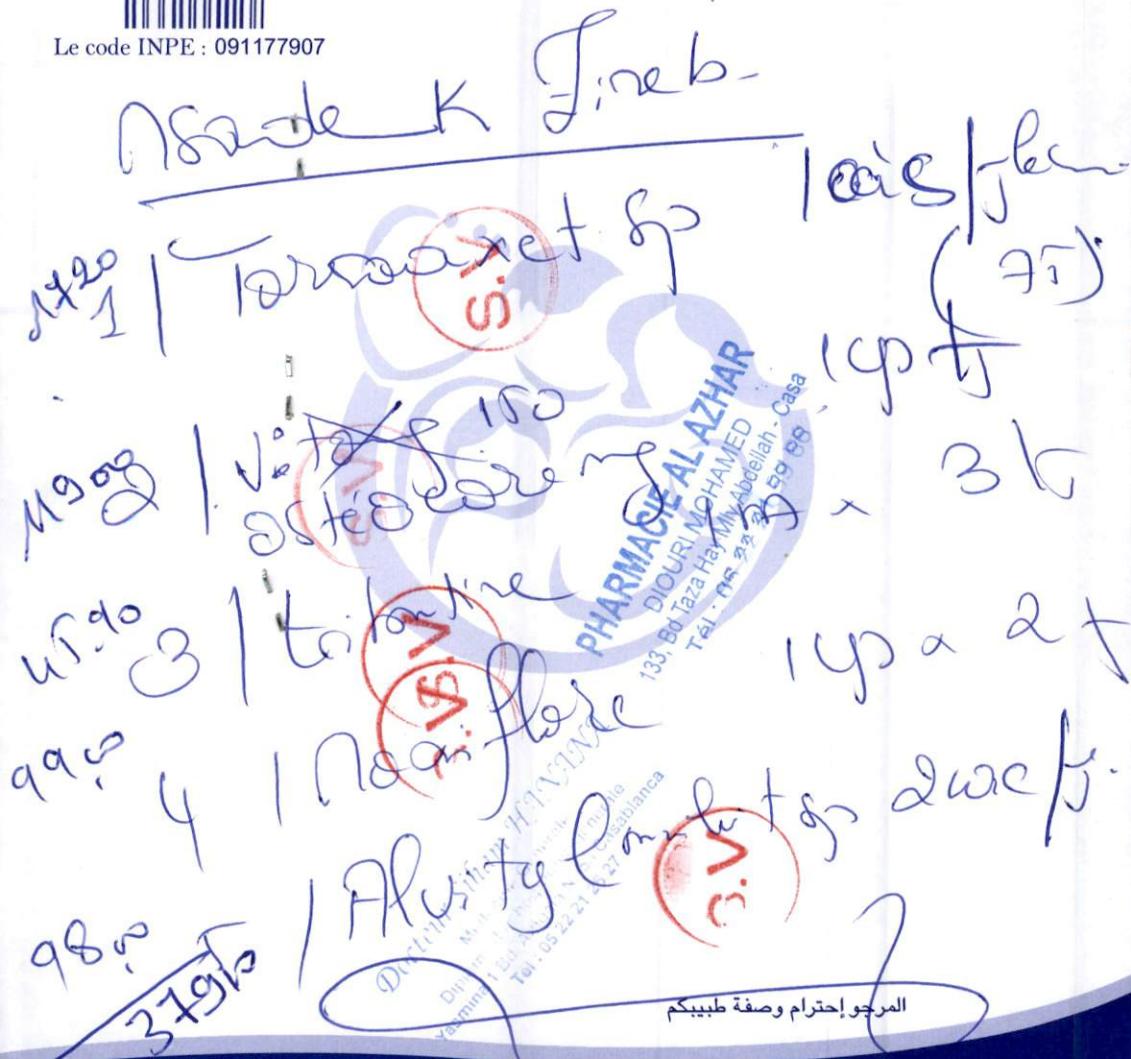


Le code INPE : 091177907



الطب العام
(نساء، رجال وأطفال)
دبلوم الشخص بالصدى
كلية الطب بالدار البيضاء
متابعة الحمل
تخطيط القلب
الدار البيضاء في

Casablanca, le : 03/10/2023



ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : ICE : 001804547000040

17.20



LOT : 4125
PER : 05 - 28
P.P.V : 45 DH 90

P.P.C : 99 DH
Dluc: Lot :
08/25 F08/22

Bd Alkimia N6° ,Ql,Sidi Bernoussi,Casablanca
ALVITYL SIROP FL 150ML
P.P.C. : 98,00 Dh
CE No. : 2022106764/MAv5/CA/DPS/DMP/18
Complément alimentaire
ce n'est pas un médicament