

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



ND. 48857

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011605

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3388 Société : R-A-M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABBAD EL ANDALOUSSE Date de naissance : 13/10/1959
Adresse : N° 17 LOT FAYSALE CALIFORNIE
Tél : 0661200657 Total des frais engagés : 1552,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2020
Nom et prénom du malade : ABBAD EL ANDALOUSSE - Faysal Age : 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MALADIE AIGUE
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 : CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/11/2020

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
28/08/2020	A	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/08/2020	1252,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HO 00 80Z : Add
Boîte de 28 comprimés pelliculés
à libération prolongée
LESOL XL® 80 mg
P.P.V. : 208.00 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

الدكتور م

PPV: 84DH80
PER: 05/23
LOT: J1656

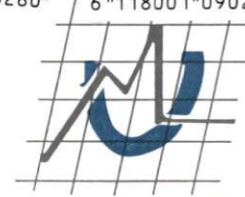
LESOL XL® 80 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
à libération prolongée
P.P.V. : 208.00 DH

IRURGIEN UROLOGUE

scopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires
Greffes Rénales

thotripsie Extra Corporelle
Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Chef de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de l'Association Française d'Urologie



جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

مسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

بو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1902

PPV: 84DH80
PER: 05/23
LOT: J1595

PPV: 84DH80
PER: 03/23
LOT: J683

Casablanca, le 28/08/2022 : الدار البيضاء في

20/08/22 Mr ARBAD - EL ANDR LUBBI - Fay 80p.
- LE 80mg 80p 1 cpl f (4 fois).
84,80p PREZAR 80p 1 cpl f (4 fois).
21,20p Car Sig. Aspirapap 1 cpl f (4 fois).
22,20p Augmentin agl 1 sachet 12/5 (85).
65p ULTRA-LEURY 1 cpl f (85).
99,00p 00808 1 cpl f (85).

RESPECTER LES DOSES PH

PPV: 222,00 DH
LOT: 623085
PER: 05/21

1252,10

T81252,10

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 25 80 / 01

05 22 20 96 63 : الفاكس - 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83 : الهاتف -
24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA -
Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@h

630 03 2020 03 2023
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH