

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

- Reclamation : 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.

M22- 0021908

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04814 Société : R.A.M (123514)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJD MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : Sidi Bernoussi Hay El Qods Residence El Fajja Imm. F
N° 2 casa

Tél. : 06 78 93 43 62 Total des frais engagés : 1148,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. CHAFIK RAHMANI
ORI
24, Bd Abi Daï El Ghaffari Sidi
Bernoussi - Tél. 0522 75 59 79
INPE: 091117861

Date de consultation : 06 OCT 2022

Nom et prénom du malade : MAJD MOHAMED Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

R. h. m. s.

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 08/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : MAJD MOHAMED

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
06 OCT. 2022	Cr	1	300 DH	<i>DR. AFIK RAHMANI Bd Abd. Dar El Hachem 59/19 Benoits. Tel: 0522455919 INPE: 09117861</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BLOU "G" Rue 2 N° 11/12 Bloc (C) Q Al Qods Sidi Pernoussi Casablanca</i>	06.10.2022	848,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. A. CHAFIK RAHMANI
Spécialistenez - Gorge - Oreilles
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté
 de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française
 et l'Académie Américaine d'O.R.L.
 et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux
 Militaires Marocains.



الدكتور شفيع رحمني
 اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
 جراح وجراحة الوجه، العين
 خريج كلية الطب مثاني (فرنسا)
 عضو الجمعية الفرنسية
 والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات
 اختصاصي سابق بالمستشفيات
 العسكري المغربي

06.10.2022

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Mr MAJD Mohammed

109,00

1 PHYSIOMER HYPERTONIQUE F/135ML

1 boite

1 pulvérisation le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours. dans chaque narine

109,00 x 2

2 AEROMAX 100µG F/200DOSES

2 boites

2 puivérisations/narines le matin et le soir.

88,00 x 2

3 CURTEC 10MG

2 boites

1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

29,00 x 3

4 DOLIFEN 400MG B/30 COMPRIMES

3 boites

1 comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 30 jours.

96,00

5 PRAZOL 20MG

1 boite

1 gélule par jour, pendant 28 jours.

T. 848,00

PHARMACIE BLOC "C"
 GHORFRANE
 Rue 2 N° 116 Bldc (C)
 AI Qods Sidi Bounoussi
 Casablanca

Dr. A. CHAFIK RAHMANI
 O.R.L.
 24, Bd Abdi Dar El Ghaffari Sidi
 Bernoussi, Tél: 0522 75 59 79
 INPE: 0911 11801

Sur Rendez-vous **بالموعد**

Abi Dar El Ghaffari
 Casablanca

الهاتف: 05 22 75 59 78
 الهاتف: 05 22 75 59 79
 تل + فاكس: 05 22 75 59 79

24 ، شارع أبي ذر الغفارى
 سيدى البرتوسي - الدار البيضاء

R & DISTRIBUTOR:

S.I.C.
56 - St
Cairo
tion n°1

BOTTU SA
PPC : 100 DH 00



PPV: 88DH00

PER: 03/25

LOT: L1121-2

PPV: 96DH00
PER: 12/24
LOT: L1696-1

PPV: 88DH00

PER: 05/25

LOT: L1578

PPV: 29DH00
PER: 05/24
LOT: L1791

LOT: 036S003A
PER: 01/2024
N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

LOT: 036S003A
PER: 01/2024
N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV : 190,00 DH

PPV: 29DH00
PER: 05/24
LOT: L1791

PPV: 29DH00
PER: 05/24
LOT: L1791