

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Déclaration de Maladie : № P19-0016526

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0743 Société : R.A.M 159075

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GAM H A. LOU Date de naissance : 1939

Adresse : Cité INARA 1 Rue 33 n° 9 CASA

Tél. : 0522210793 Total des frais engagés : 343,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2023

Nom et prénom du malade : Mme Qasim Sadaoyani

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

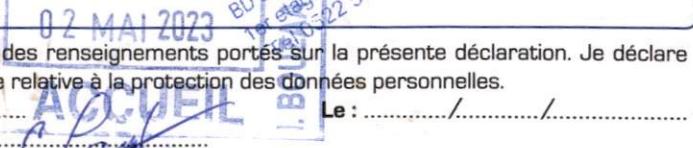
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Le patient a été victime d'un accident de la route

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 : 14/3/23 ACCUEIL Le : 1/1/2023

Signature de l'adhérent(e) : C. Sadaoyani



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
24-3-23	C + ord	150 J vodit		<i>Bouchair</i> Généraliste Casablanca Espace Chifa An Chifa Boulevard Général
25-3-23	C + ord	A - G.		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/2023	566,10
25/03/2023		198,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

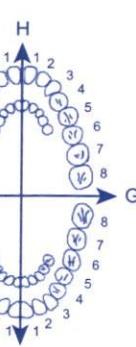
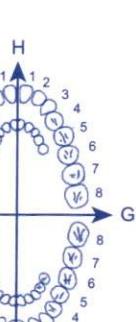
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 de l'ODF.

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(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

دكتور بوشمب الديانى
الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
ختانة الأطفال

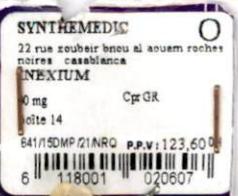
شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة - عمارة A - الشقة رقم 2
الطريق الأول . حي الشريفة . عين الشق . الدار البيضاء
الهاتف : 05.22.50.70.22 . المحمول : 05.22.50.72.88

إقامة بالمصعد

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME
CIRCONCISION

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa
Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage
Hay Chrifa - Ain Chock - Casablanca
Tél. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88

Résidence Avec Ascenseur



E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le..... 14-3-93

Nom & Prénom : Mme B. a. Saadi a

Ordonnance

$$x^2 = 247,20$$

+ médium 40 days \leftarrow plus 2

mp x 2g avant repas

1 mes

Tributinie \leftarrow 45,00 dh

Maintenir x 2g avant repas 1 mes

75,00 Carboplas \leftarrow

mp x 2g apres repas

$$99,00 \times 2 = 198,00 \quad 1 mes$$

51 mg Activ \leftarrow



1 auyéde de matin avant

Repas

vers

~~Docteur Bouchaïb DYANI~~
~~Médecine Générale~~
~~BD Dakhla Residence Espace Chifa Im A-App N°2~~
~~1er etage Hay Chifa - Ain Chok - Casablanca~~
~~Tel : 0522 50 70 22 - GSM 066 95 72 88~~



566/10

№ P19-00 16526 : 7le 0743

Docteur Bouchaib DYANI
MEDECINE GENERALE

الدكتور بوشعيب الديانى

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME
CIRCONCISION

Y2

Bd Dakhla - Résidence Espace Chrifa
Imm. A - Appt. N° 2 - 1er Etage
Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca
Tel. : 05.22.50.70.22 - GSM : 06.61.95.72.88

Résidence Avec Ascenseur

الطب العام
الفحص بالصدى
تخطيط القلب
ختانة الأطفال

شارع الداخلة - إقامة فضاء الشريفة - عمارة A - الشقة رقم 2

الطبق الأول . حي الشريفة . عين الشق . الدار البيضاء

الهاتف : 06.61.95.72.88 . المحمول : 05.22.50.70.22

إقامة بالمصعد

E-mail : dr.dryani@gmail.com

Casablanca, le 28-3-2013

Nom & Prénom : Mme Grand Sae da

Ordonnance

15610
R e s o d y f
76100x2 magistrale SP
27/03/2013 3 mois SV

21/20 2 = 42/40 n dop au m 100 mg
 21/19 2 = 42/40 supp 1 mois
 21/20 2 = 42/40 l sair 1 mois

Docteur Bouchaib DYANI
Médecine Générale
Bd Dakhla Résidence Espace Chrifa Im A-Appt N°2
1er etage Hay Chrifa - Ain Chok - Casablanca
Tél 0522 50 70 22 - GSM 0661 95 72 88

EN CAS D'URGENCE DE 8H À 20H APPELER 05 22 50 70 22 - APRÈS 20H APPELER LE 06 61 95 72 88