

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSOUNE FATHIMA

Date de naissance : 28.08.60

Adresse : 31 Rue ABOU DHABI Meissellier

Las Almazas

Tél. 0668469936

Total des frais engagés : 2121,00 + 450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

R. Abdellah MAMOU
Neuro - psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Date de consultation : 30.03.2023

Nom et prénom du malade : HASSOUNE FATHIMA Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hassoun Fathima

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 : Le : 30/03/2023

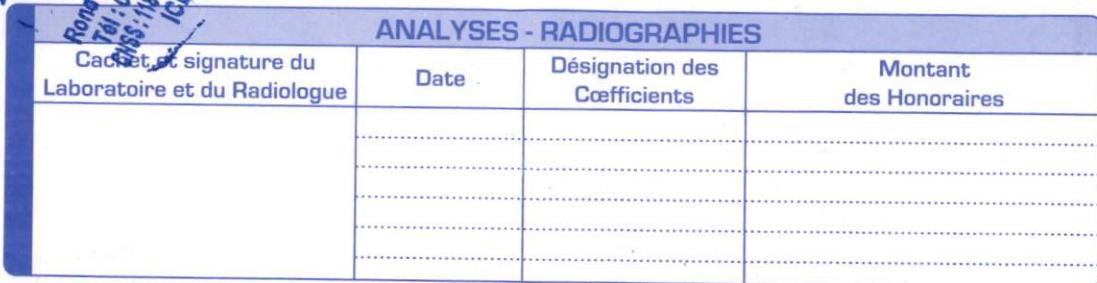
Signature de l'adhérent(e) : M. Abdellah

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES



EXECUTION DES ORDONNANCES

Client du Recipient du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
APARACE PRINCE Mohamed Sidi Pharmerie 10, rue Sidi Soltane BP 222 11 10 - R.C. Casablanca Tél : 001667711000045 Fax : 092049261	30/03/03	2108,25



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 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 <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	(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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الله مامو
Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex. attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية
حاصل من جامعة أنجيه على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبي مكلف لدى المحاكم

طبي مكلف لدى N.P.E : 0520 5961
Round Point N° 100 22 77 89 97 1000045
Mohamed Al-Said LIBRAR
Pharmacie PRINCIPALE
Casablanca 1983

Casablanca, Le 30.03.23

T- fatme HANNA
(193/00x9)
- S. CITAP 200 mg matin
(98,30x9) Diflunisal 300 mg 1.5 le 28614
(35,20x9) A1 Diflunisal 200 mg 1 = 2 x 15 j
(138,30x9) L'sperit 200 mg 1 le 402,8
(56,60x9) Diflunisal 200 mg 1 acn 112 10
maximopain 50 mg 1

2108,20
Durée de Traitement 3 mois

R.D.V. le 27/06/2023
à 10h30am

Dr. Abdellah MAMOU

Neuro-psychiatre

38 Bd. Rachidi - Casablanca

Tel. 05 22 47 60 00 / 10

LOT 223658 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 223839 1
EXP 11 2025
PPV 35.70

LOT 230130 1
EXP 12 2025
PPV 35.70
35,70

LOT 230130 1
EXP 12 2025
PPV 35.70
35,70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60

LOT :22E005
PER:08 2026
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60

LOT :22E004
PER:05 2026
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60

LOT :22E005
PER:08 2026
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60

LOT :22E005
PER:08 2026
6 118000 061465

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60

LOT :22E005
PER:08 2026
6 118000 061465

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

LOT :KE10148
PER:NOV 2023
PPV:193 DH 00

LOT :KE10148
PER:NOV 2023
PPV:193 DH 00

LOT : 221811
EXP : 12/2024
PPV : 134,300H

LOT : 221811
EXP : 12/2024
PPV : 134,300H

98,30

98,30

98,30