

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 : **16 89**

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : **Monstawi Moulood**

Autre

Date de naissance : **1950**

Adresse :

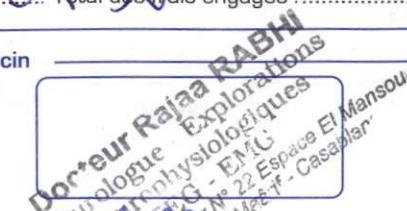
Tél. : **0667 139430**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **22/05/2019**

Nom et prénom du malade : **Monstawi Moulood**

Age : **fe**

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Affection Neurologique

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 :

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
20-05-23	C		300 DH	Rajaa El Mansouri Neurologue - Explorateur Neurophysiologist EEG - EMG El Mansouri N° 19 Maârif - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida Un Chouk Casablanca - 022-50.75.19	22/05/23	1435,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 :

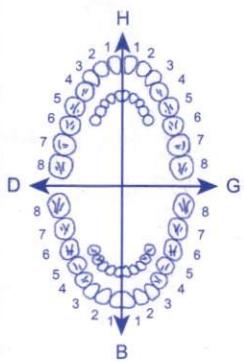
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

<p style="text-align: center;">U.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	D	B	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des travaux</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	G											
D	B											
25533412	21433552											
00000000	00000000											
35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rajaa RABHI

- Neurologue
- Spécialiste des Maladies du Système Nerveux Central et Périphérique
- Explorations neurophysiologiques
- E.E.G - E.M.G.



الدكتورة رجاء رابحي

- اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي والدماغ
- الفحص الكهربائي للدماغ
- الفحص الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le

22/05/2023

MR MOUSTAOUI MOULOUD

- Umax 400 µg
1 gélule, midi, pendant 3 mois
- Tanakan 40 mg
1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 3 mois
- ALMANTIN 10
1 comprimé, soir, pendant 3 mois
- S-citap 20 mg
1 comprimé, matin, pendant 3 mois
- Actacept 5 mg
1 comprimé, soir, pendant 3 mois
- Prezar 50 mg
1 comprimé, matin, pendant 3 mois
- Staticol 20 mg
1 comprimé, soir, pendant 3 mois

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida
app'Choc. faso 022-50.75.19

Docteur Rajaa RABHI
Neurologue - Explorations
Neurophysiologiques
Bd. Yacoub Mansour N° 22 Espace El Mansour
2ème Etage N° 19 Maarif - Casablanca

شارع يعقوب المنصور، الرقم 22، قصبة المكنون الطلاقة الثاني، الرقم 19، المغاريف، الدار البيضاء، المغرب
الهاتف : 00 212 5 22 25 50 40 - المحمول : 00 212 6 61 09 29 48

Umax® LP 400 µg
30 gélules



6 118001 100835
LOT 230452
EXP 11/2024
PPV 121.40DH

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

tanakan 40 mg
30 COMPRIMÉS ENROBÉS



6 118000 011545

71,30

S-CITAP® 20mg
30 Comprimés pelliculés
6 118001 151387

S-CITAP® 20mg
30 Comprimés pelliculés
6 118001 151387

30 قرصا ملبيسا
LOT:KE10071
PER:MAI 2023
PPV:193 DH 00

S-CITAP® 20mg
30 Comprimés pelliculés
6 118001 151387

30 قرصا ملبيسا
LOT:KE10148
PER:NOV 2023
PPV:193 DH 00

30 قرصا ملبيسا
LOT:KE10071
PER:MAI 2023
PPV:193 DH 00

91,00
Staticol® 20 mg
28 Comprimés enrobés sécables
6 118000 120247

91,00
Staticol® 20 mg
28 Comprimés enrobés sécables
6 118000 120247

PPV:82DH70
PER:10/25
L13497
PREZAR®
Losartan 50mg
30 Comprimés pelliculés sécables
6 118000 041627

PPV:84DH80
PER:01/25
LOT:L136

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables
118000 041627

PPV:84DH80
PER:01/25
LOT:L136

91,00
PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables
6 118000 041627