

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.

RAS : 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 M23-014751

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : 167854
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED
 Date de naissance : 10/01/1949
 Adresse : 33 Rue 131 GRP N OULFA CASA
 Tél. : 06 77 066 053 Total des frais engagés : 220,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/7/2023
 Nom et prénom du malade : WASMIH Med Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Arthrose Cervicale + Spondylite vertébrale
 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 : Casablanca Le : 04/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0014751

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1417
 Nom de l'adhérent(e) : WASMIH
 Total des frais engagés : 220,80
 Date de dépôt :

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
04.07.2023	C,		gratuite	DR. HASSAN RABAH Neurochirurgien Res. Abdou Moukoko Chir. Ang. et 2 #1 Ed. Abdelmoumen, Casablanca Tél: 06 212 55 23 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE ANNAB HIND MENKOT Distributeur Pharmacie ASSALAH 11 JULES K. EL OUEFA Tél: 022.93.20.13 - Fax: 022.93.20.13	04.07.23	21896

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	
Dr. BETTACHE Agnès Médecin Générale Bd Oued Tassadit - Casablanca Tél: 06 44 55 06 54	04.07.2023		6			12000 617

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

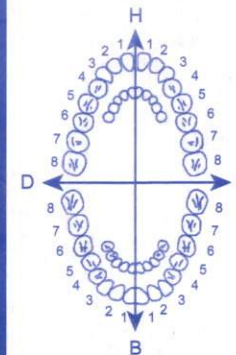
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

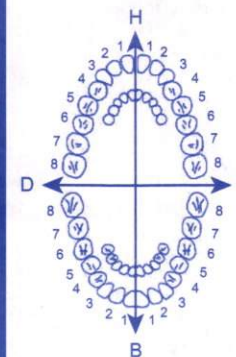
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Hassan RHORBY

Neurochirurgien

Chirurgie du Crâne, du
système nerveux et de la
colonne vertébrale

Electroencéphalographie

Ancien médecin des FAR

Ancien médecin de L'Hopital Avicenne -Rabat

Casa , le 04.07.2023

Mr WASMIH Mohamed

1 MOBIC 15 mg cp séc : B/14

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 14 jours.

2 DULASTAN 500MG /2 MG CP

1 le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 10

3 TANAKAN 40 mg cp enr : B/30

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 2 mo

4 COLTRAX INJECTABLE

01 linjection IM par jour pdt 06 jours

الدكتور حسن غربي

جراحة الرأس، الدماغ

الأعصاب، و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب سابقا بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى ابن سينا-الرياض

PPV 34DH40
PER 09/25
LOT L3091-1

PPV 34DH40
PER 03/26
LOT M540-1

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Bouteille de 20 comprimés
37,00

LOT 007923
UT AV 05 2026
PPV 51.00 DM

Docteur Hassan RHORBY

مجمع عبد المومن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن

الطابق الثاني الرقم 213 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 32 33

Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen Appt : 213

2ème Étage Casablanca. Tél : 05 22 86 32 33