

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.

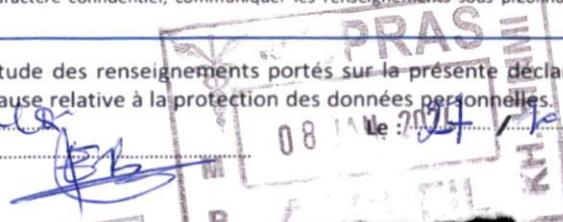
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 09454	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	BOUCHRA
Nom & Prénom : EL BYAD DABEM			
Date de naissance : 1989-05-01			
Adresse : RD 27695 U 581			
Tél. : 0522 215 723			
Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> الدكتور نجيب محمد طبيب العائلة شارع 2 مارس الدار البيضاء الهاتف : 0522 211 307 </div>			
Date de consultation : 27/10/2023			
Nom et prénom du malade : EL BYAD BOUCHRA			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : vertige + fièvre + toux			
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Casablanca le 27/10/2023			
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
27 OCT 2023	C2	—	2000 DT	INP : 091084492 دكتور مصطفى العبدلي طبيب العظام والكلية شارع الطوارى الشعاب 0522 215 723 - 0522 211 399
09 NOV 2023	C9	—	9	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RIAD AL ANDALOUSSI 11 Bis, Rue 19 - ANDALOUSSI CP: 022 50.01.27 SA BLANC	16.10.2023	1206.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

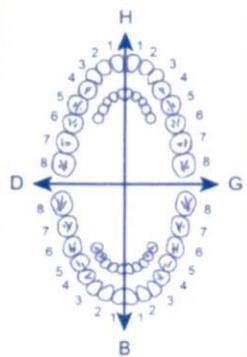
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

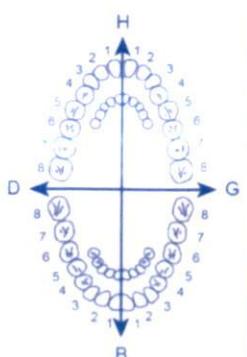


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

HEMEDIC
zoubier bnoi al aquam roches
casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

Casablanca, le 09/11/2023

ب عسكري سابق

زيارة بالموعد

الدار البيضاء في

Madame EL BYAD Bouchra

82,70x3 1/ PREZAR

1 cp après le repas le matin

123,60x7 2/ INEXIUM 40 mg bte 14 Cps

1 cp après le repas le soir

14,40x3 3/ LEVOTHYROX 100µg Cps

1 cp avant le repas le matin

6,80,00x3 4/ LEVOTHYROX 25UG CP

1 cp le matin

12,06,90

الدكتور مهندس محمد
جبريل محلوفي لدى المحاكم.
الطفل العام
شارع 2 مدارس الدار البيضاء
العنوان: 507 - 0522 215 723
الموبايل: 0522 215 723

Levothyrox® 100 µg, PPV: 24,40 DH
Comprimés sécables B/30, 7862160342

Levothyrox® 25 µg, PPV: 6,80 DH
Comprimés sécables B/30, 7862160335

Levothyrox® 100 µg, PPV: 24,40 DH
Comprimés sécables B/30, 7862160342

Levothyrox® 25 µg, PPV: 6,80 DH
Comprimés sécables B/30, 7862160335

Levothyrox® 25 µg, PPV: 6,80 DH
Comprimés sécables B/30, 7862160335

118001 020607
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
40 mg Cpr GR
Boite 14

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
641/150MP/21NRO PPV: 123,60 DH
6 118001 020607

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2933

PPV: 82DH70
PER: 09/26
LOT: M2933

LOT: 230553
DUO: 06/2026
69,00DH

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور احمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد

الدار البيضاء في

27/10/2023

Casablanca, le

1/ TANGANIL 500 CP

1 cp après le repas matin et soir

2/ KALMANER CP

1 cp après le repas matin et

69,00

T: 50,10



Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
17 Bis, Rue 79 - ANDALOUS
Tél: 022 56.01.76
CASABLANCA