

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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 : 3161 Société : RAM 190379

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUJTAHID ABDELLAH

Date de naissance : 14/05/1955

Adresse : CIT Djemaa Rue 151 n° 26 Fes

Tél. 0661 72 75 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SAMIRA GUASMIAT
Médecin Généraliste
C. U. d'Échographie Générale
Jamilia 5, Rue 62 N° 3 Cité Djemaa
CASABLANCA
Tél. 022 59 75 70 = 065 35 69 88

Date de consultation : 04/01/2024

Nom et prénom du malade : Moujtahid Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TAZADIE METASIQUE + HTA

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 : CASA Le : 04/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : ARS JEIL

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
07/01/24	0	1	120 Dhs	Dr Samira GUERAO Médecin 065 35 570 = 065 35 570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AU 259-261 N° SALA CASA SANTO ANTONIO JAMIAH L.G.D - CASA SANTO ANTONIO TEL: 05-22-37-19-15 IF: 50484284 - TP: 37300982 RC: 517591 - INPE: 092052562 ICE: 002865498000015	04.01.2024	1474.50
	04/01/24	130.00

VERA

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> </table>				H	25533412	21433552		D	00000000	00000000		B	00000000	00000000		G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
B	00000000	00000000																		
G	35533411	11433553																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

FACTURE N°

22239

Le 4/01/24

Mr: Mousaj TAHID

ABD Pratikum

Qté	Désignation	P.U.	Total
1)	on call sure 50	130:- 130:00	130:00

DR. Samira GUASMIATE
Omnipraticienne
C.U.Echographie générale
ICE : 001716682000066

Casablanca, le : 04/01/24

PHARMACIE SBATA CASA SARL AU
259-261 BD SAKIA ELHAMRA,
JAMILA 5 CD - CASABLANCA
Tél.: 05 22 37 19 75
IF: 50484284 - INPE: 092052562
RC: 517591 - ICE: 002865498000015

ORDONNANCE

78.70 x 2 1) Douttahid Abderrahim
390.00 x 2 2) Diamicron 60g. qd
164.70 x 2 3) Gaboxen ret 50 / 1000 mg
46.70 4) Triplexone 10 / 2,5 / 1,5
52.80 x 2 5) Zyloric 100 → 3 cp.
27.70 x 2 6) Pragel 20 g. sel
1474.50 7) Cendio Aspirine 100g. qd
7) So strips one celliat

PARAVERA

417, Bd. Sakia El Hamra
Jamilia 5 CD. Casa
05 22 35 10 70

Dr. Samira GUASMIATE
Médecin Généraliste
C.U.Echographie Générale
Jamilia 5, Rue 62 N°3 Cité Djemaa
05 22 35 10 70 = 0665356992

Jamila 5 , Rue 62, N°3, Cité Djemaa Ben M'sik Casablanca 20450

Tél : 0522597570 - 0665356992 e.mail : healthisgold@hotmail.com



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca

PPV : 52DH80
PER : 03/25
LOT : L3553-2

PPV:52DH80
PER:03/26
LOT:M3553-2

LOT 230750
EXP 02 2027
PPV 46.70 DH

78/20

78/20

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 130313
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 164,70 Dh
Servier Maroc - Casablanca