

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.

M22- 0047821

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3505

Société :

RAM

196526

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARJANT RACHIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 31 63 4892 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALI EL MOUSSAQI
Urologue
301, Imm. Al Miaraj Center
Bd. Abdelmoumen N°36
Casablanca - Tel. : 0522 86 04 10

Date de consultation : 05/02/2024

Nom et prénom du malade : MARJANT RACHIDA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection urologique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

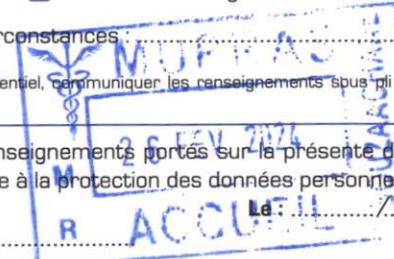
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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'..... (sa) :



26 FEV 2024

R ACCUEIL

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
05/02/24		2	400 DH	Dr. ALIEL MOUSSA Urologue 11, Imm. Al Mithaq Cent Abdelmoumen N°36 Tél : 0522 86 04 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL MAWIE Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghier Al Manif Etention Casa - tel 0522 23 17 01</i>	<i>S. 2. 2. 1. 1. 1.</i>	<i>Pharmacie AL MAWIE Angle Rue Ibnou Katir et Abou Hassan Saghier Vain Etention Casa - tel 0522 23 17 01</i>

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
		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 COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR.EL MOUSSAOUI ALI
 Professeur d'urologie
 Chirurgie endoscopique
 Lithotritie extra corporelle
 Stérilité masculine



الدكتور علي المساوي

أستاذ في أمراض و جراحة الكلى
 و المسالك البولية

Ordonnance

Nom : MARJANZ RACHIDA Casablanca le : 08/02/26

36, Rue - Flamix 7,5 mg 1 cpr

- Baycutene 1 cpr

+ Disulfiram 1 cpr x 3

- Unisporas 1 cpx 3

- Veca 5 mg 1 cpx 3

Total : 145,00 Dhs

Dr. EL MOUSSAOUI AL Miaraj Center Casablanca - Tel : 0522 86 04 10
 36, Bd. Abdelmoumen N°36
 Miaraj Center - 3ème étage
 Tél : 0522 86 04 10 - Gsm : 0661 20 05 01
 E-mail : alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr



Al Miaraj Center مجمع المعراج

Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3ème étage N°36 - Casablanca
 ملتقى شارع عبد المؤمن و شارع أنوال، الطابق 3، الرقة 63 الدار البيضاء

Tél.: 0522 86 04 10 - Gsm : 0661 20 05 01
 E-mail : alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr