

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.

N° W21-811977

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8300

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

WAHBI HASSAN

Date de naissance :

23.11.67

Adresse :

2451 Quartier ALMAZ
Rocade Sud Ouest

Tél. : 06 62 76 5204

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUHAMMAD
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdauss Groupe B1 Iimm 11
Appt 1 El Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 93 41 31

Date de consultation :

WAHBI

Nom et prénom du malade :

WAHBI HASSAN

Age: 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Onglyptique

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.

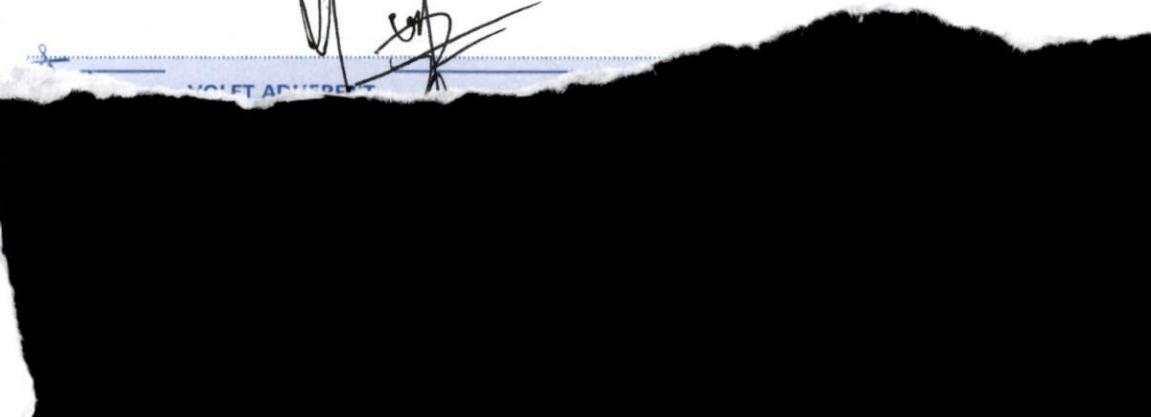
Fait à : CASABLANCA

Le : 19.10.2024

Signature de l'adhérent(e) :

WAHBI HASSAN

VOLET ADHÉRENT



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16 MAI 2024 | | | 150000 |  Dr. MOUAMBI QASABANI Médecin Généraliste INP Echange 3000 B1 155 Groupe Casablanca 093 4131 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| Dr ANDRÉ BIDA Boulevard d'Asabianca 1 Boulevard d'Asabianca 1 | 16.03.24. | 468.30 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

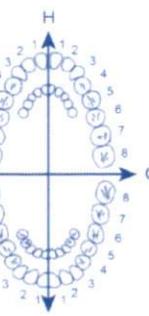
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | INP : <input type="text"/> | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|
|  | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
|  | <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | |
| D | G | B | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| D | G | B | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Dr. MOUTAMID Omar

- Médecine générale
- Echographie
- Médecin agréé par le Ministère de la Santé
- Visité Médicale
- Permis de conduire



MASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V. 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

- رخصة القيادة -

Ordonnance

Casablanca, le : 16 MARS 2024 الدار البيضاء، في :

Dr MOUTAMID OMAR

74.80

1) Nescofée 160 ccs S.V.

79.50 1 0

2) Isilact S.V.

74.80 1 0 x 2 Ans.

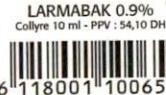
50.15 1 0

3) Spectree 50

1) nasoporex. 1 0 x 2



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Kellina DAoudi



Pisologie:
المقدورة:



ISILAX Forte

LOT : 230617
PER : 08\2026
PPC : 79,50DH

5) Phoenix
29,80 Argel x

6) Dijue 100
13,50 Argel x

7) Esac Bouy

45,50 Argel Ann
7) Loumalis org cello

50,60

8) Naab. IFT x 2
48,50 IFT x 2

46,00

LOT : 8418
PER : 10-25

74,80

75

Dr. MOUTAMID Omai
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdauss Groupe B1 Imm 11
Appt 1 El Oulta - Casablanca
Tél: 05 22 93 41 31

if 6830

PHARMACIE OUM ERRASTI
Dr Adnane BIDAH
49 Boulevard Oum Errab Hay Hassen
El Oulta Casablanca Tel: 05 22 90 88 72