

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

- 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 : 1543

Société : RAM

62 901303

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUSSOUSS BRAHIM

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Rd Abdellah Benhaji, Amal 3, N° 1
CASABLANCA

Tél. : 06 74 63 62 78

Total des frais engagés : 8502,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 AVR. 2024

Nom et prénom du malade : OUSSOUSS BRAHIM Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Parkinson

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 : 03 AVR. 2024

Signature de l'adhérent(e) : S.S. Blg

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
13 AVR. 2026	C2		400 DH	DR. A. EL KHALIFI DENTISTE - Radiologue Residence des Fleurs 59, Bd. Zekoura Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

PH Cachet du Pharmacien 160, Bd du Professeur Tél 05 22 80 09 70 I.N.P.E 092017300	Date	Montant de la Facture.
	03-04-24	2102,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

"Résidence les Fleurs"
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد
اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات
أستاذ مساعد سابقاً بالمركز الصحي الجامعي
إبن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»
59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء

05 22 20 19 63
الهاتف { 05 22 27 91 37

Casablanca, le : 03 AVR. 2026

① assous français
326, ex 4 Si Pro 1,5 1,5
11 S.V.

② Maddow 350
145 ex 4 1,5 mts 64
S.V.

③ flex tonic 15
173, ex 3 PHARMACIE DE CASABLANCA
160, Bd El Mahatta - Casablanca
Tel 05 22 80 00 70

④ New Flex fel
98,50 2142 50
06 4 S.V.

Dr. A. F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence les Fleurs
59 Bd. Zerkouni - Casablanca

6 118001 040612

Sifrol® 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A

PPV: 376 DH 00

316639

6 118001 040612

Sifrol® 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A

PPV: 376 DH 00

316639

6 118001 040612

Sifrol® 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A

PPV: 376 DH 00

316639

6 118001 040612

Sifrol® 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A

PPV: 376 DH 00

316639

New Care AG
Dellenbodenweg 8, CH-4452 Itingen, Switzerland
EU Office:
Schloss Beuggen 3, 79818 Rheinfelden/Germany

ISOPHARM
NEWFLEX GEL
CHAUFFANT

89.50 dhs

7 641

06/27

LOT

23 07 26

MFD

07/23