

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0035962

20382

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2439

Société :

R.A.M
Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DONIEB NAJIB

Date de naissance : 17.11.1954

Adresse : 44 Rue EL BAHAIL Roches noires CASA

Tél. 0663722597

Total des frais engagés :

11073,10 F

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL HAMZAOUI Omar
Médecine Générale et du Travail
ECG Echographie
97 Rue Zoubeir Benou El Aouam
CASABLANCA
T. +212 34 38 55 55 062.82.45.36

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Donieb Najib Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : O.R.L - HTA -

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
28/04	9	100,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
29/04/2024	977,10	

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 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

Docteur Omar EL HAMZAOUI
Médecine Générale

D.U . de Médecine du Travail
 et d'Ergonomie

D.U . de Psychologie Clinique
 D.U . de l'échographie Générale
 Electro cardiogramme

97, Rue Zoubeir Bnou Al Aouam
 (Ex Eugéne Lendrat)
 Casablanca - Tél : 05 22 24 31 80

الدكتور عمر الحمزاوي
الطب العام

حاصل على دبلوم طب الشغل
 والاракونوميا

دبلوم البسيكلولوجية العيادية
 دبلوم الفحص بالصدى
 التخطيط الكهربائي للقلب

زنقة الزيبر ابن العوام
 (أوجين لاندرا سابقاً)

دار البيضاء - الهاتف: 05 22 24 31 80

Casablanca, le 29.04.2024

الدارالبيضاء في

DOUIB NASIB

18,00

fulm Ph-D q sij

SV

43,00 1x5x3

zouvox q

Pharmacie la Solidarité
 354, Bd Amador de Souza
 Rochefort 10 - Casablanca
 Tél: 05 22 24 31 80

15,30x2 1x5x3

Vit C1000 mg

SV

286,00x3 14/1

Ex foage 5/100/12T

SV

21,50 1x1. Y3 m

Bandrol gel

Dr EL HAMZAOUI Omar
 Médecin Général et du Travail
 ECG Echographie
 97 Rue Zoubeir Bnou El Aouam
 CASABLANCA
 TEL 05 22 24 31 80 - GSM 062 82 45 36

14p x 3. ita cuh
 T=977,10

SV

P P V 1 5 D H 3 0
PER 0 5 / 2 6
LOT M 1 6 7 3

15,30

P P V 1 5 D H 3 0
PER 0 5 / 2 6
LOT M 1 5 7 9

15,30

LOT : 23 1867
DUO : 10/2026
49,00 DH



Deva

6 118000 012078

PPV : 21,50 DH
P.P.V. : 21,50 DH
LOT : 23E0027
PER : 09/2027

Mapher
Sidi Benhima, S.A.
Boumerdes, Algérie

Q

SIDI BENHIMA, S.A.

BENMERDES, ALGERIA

MAPHER

MAPHER



6118001030989

EXFORGE HCT



5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT



5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT

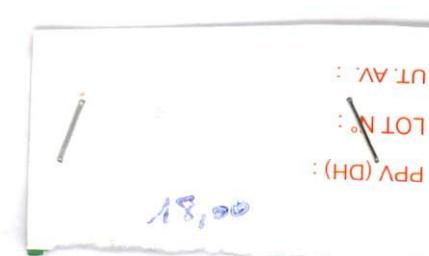


5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH

MAH ER HAM
WASSAGUE CÔTE D'IVOIRE
DRC ER
AL RAKI GOURG
2000



18,00

UTAV :
LOT N° :
PPV (DH) :