

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 canaux, 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 canaux.

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



ND: 31373

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008019

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AG. OLITI DRISS Date de naissance : 26/02/1963
Adresse : Habituelle
Tél : 05 22 49 9277 Total des frais engagés : 807,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage
(en dessus de la Boukhazal - Casablanca)
Tél : 22 72 42 42

Date de consultation : 19/05/22

Nom et prénom du malade : Ag. OLITI DRISS Age : 56

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
19/06/2022	e	1	75026	Dr. Rachid S... 73, Av. Colonel Abd Allam le... Boumazel - Casablanca Tél : 05 22 72 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Boumazel Bd. Akid El Hammam Boumazel - Casablanca Tél : 05 22 70 58 18	19/06/2022	657-30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

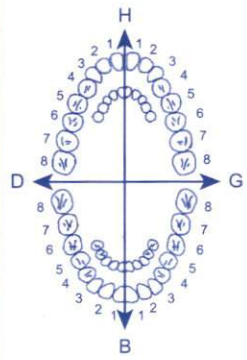
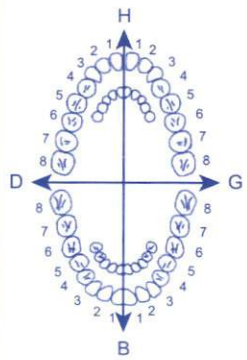
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. Rachid SAIR

OMNIPRATICIEN



الدكتور رشيد سايير

الطب العام

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie - ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبلي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

casablanca le : 19 JUN 2020 : الدار البيضاء في :

Handwritten signature: Rachid Sair

Handwritten notes and stamps:
93.20
24
15.3
82.20
A large circular stamp from BMCE BOURNAZEL is visible on the right side of the page.

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN

73, Av. Colonel Akid Allam 1^{er} étage
(en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca
Tel : 05 22 72 42 42

73 شارع العقيد العلام - الطابق الاول (فوق بنك BMCE) بورنازيل - البيضاء - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
73 Av. Colonel Akid Allam 1^{er} étage (En dessus BMCE) - Bournazel - casablanca - tel : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42

DI Medico

22 x 27 rue



821
x2

Dr. Rachid SAIR
MEDECIN

73. Av. Colonel Akid Aïlam 1er étage
Bordj Boumazel - Casablanca
Tel : 05 22 72 42 42

T= 657.5

FORTIFER®
ACTIFS VÉGÉTAUX & OLIGOÉLÉMENTS

L 2223
P: 06/22
99.00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al souam roches
noires casablanca
INEXTIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640NSDMP/21ANRO P.P.V: 92,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al souam roches
noires casablanca
INEXTIUM

20 mg Cpr GR
Boîte 14
640NSDMP/21ANRO P.P.V: 92,10 DH
6 118001 020591

Lot / Batch n°:

Exp. date:

PPC (DH): 92.00

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 03/2023
LOT 03054 11

FORTIFER®
ACTIFS VÉGÉTAUX & OLIGOÉLÉMENTS

FORTIFER® 99.00

FORTIFER®
ACTIFS VÉGÉTAUX & OLIGOÉLÉMENTS

L 2223
P: 06/22
99.00 DH

Poids Net : 12.60g