

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-557331

ND : 35948 END

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05757

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TA GHI ESSABAH

ESSABAH

Date de naissance :

18.09.1959

Adresse :

13 Rue TANOUA

HAY HAFNAH

Tél. 0661345638

Total des frais engagés :

502 dh.
الدكتور سعيد الشرقي

طبيب معاشر، خبير لدى المحاكم

60. طريق مولاي القاسم
(قرب مستشفى الحسنية)
ماروكلا - الحسيمة - الدارالبيضاء
الماء 072 90 70 38

Date de consultation :

05 AUG 2020

Nom et prénom du malade :

TA GHI YOUSSEF

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Plaque d'effacement

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
15 AOUT 2000	C		2000 Dhs	<p style="text-align: center;"> الطيب مختار خبير لدى المحاكم طبيب مختار خبير لدى المحاكم 60 - طريق مولاي الحسن بن علي مستشفى الطف العصبي - الدار البيضاء 91 97 55 قرب الحسنية مختار - 022 90 70 88 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra N° 38 Hay El Hana Casablanca 0522 39 91 24	5/8/2020	302,00

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Bouchra
Rue 22 N° 36 Hay El Hana
Casablanca
Tél: 0522 39 91 24

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT 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 ROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EX

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوبي

طبيب محلف

محلف لدى المحاكم

Casablanca, le :

05 AUG 2020

الدار البيضاء، في:

60.00
1. 772 500

1 y/1

90.50 x 2

2. Xyzallos

1 y de soin

3. Imodium en Gel

30.50 x 2 19 x 3/4

302.00

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
LOT : 20E008
PER : 12/2024



6 118000 010845



PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Bouchnra
Rue 22 N° 36 Hay El Hana
Tél. 05 22 39 91 24

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097



IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
LOT : 20E008
PER : 12/2024

6 118000 010845

LOT 201088
EXP 04 2024
PPV 90 50

LOT 201088
EXP 04 2024
PPV 90 50

مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيںي - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com