

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-449194

ND 17807

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00683	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AOUAD M'HAMED
Nom & Prénom : AOUAD M'HAMED			
Date de naissance : 11 - 12 - 1943			
Adresse : 256 Bd BORDEAUX APP 4 - 10			
ETG 5, CASABLANCA.			
Tél. : 05 22 26 8080	Total des frais engagés : 1906,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 13/11/2020			
Nom et prénom du malade : 3311213 LAHILA			
Age: 81			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ACCUEIL			
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 : **0483835004**

Le : **23/12/2020**

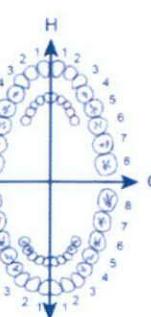
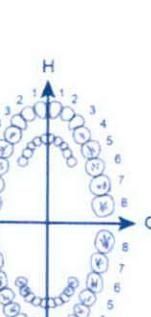
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STANISLAS DOUTOUR 139, Boulevard CASABLANCA. Tel: 66 22 11 11</i>	21/01/2020	906,65

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 (Leave blank for general services)	Nature des Soins (Leave blank for general services)	Coefficient (Leave blank for general services)												
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur Abdelhalim OTARID
NEURO-PSYCHIATRE
Expert diplômé de
L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطارد
أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية
خبير خريج
جامعة روني ديكارت (باريس)

150,00 x 4

L LOT: PA90522
P PER: 02-21
P PPV: 150,00DH

500,00

L LOT: PA90529
P PER: 03-2021
P PPV: 150,00DH

150,00

L LOT: PA90529
P PER: 03-2021
P PPV: 150,00DH

x 3

L LOT: PA90522
P PER: 02-21
P PPV: 150,00DH

450,00

PHARMACIE M. YOUSSEF
75, Rue TAHA Houcine - Quartier Gauthier - Casablanca
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49
Casablanca - Tel. : 0522 27.41.49
Docteur en psychiatrie
139, Boulevard de l'Indépendance - Casablanca
Tél. : 0522 27.41.49

Docteur Abdelhalim OTARID
Neuro-Psychiatre
75, Rue TAHA Houcine - Casablanca
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49
الهاتف : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - الفاكس : 0522 27.41.49

75, Rue TAHA Houcine (Ex. Gallée) - Quartier Gauthier - Casablanca
Tél. : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - Fax : 0522 27.41.49
الهاتف : 0522 20.70.91 / 0522 20.61.41 - الفاكس : 0522 27.41.49

PHARMACIE MY YOUSSEF
SELMA CHERIF D'OUAZZANE
139 BD MOULAY YOUSSEF
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 35405678
N° R.C. : 311840 N° CNSS : 6387733
N° ID.F. : 40100310 N° ICE 001597613000058
Tel : 022222725
Fax 022480768

MME BAZIB LAHILA

I.C.E. :

Le : 21/01/2020

FACTURE N°: 6168/20

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ARTANE 5 COMPS/20	13,30		13,30
1	ISPERID 2 MG 60 CPS	236,00	7	236,00
1	NOZINAN.100 COMPS/20	57,30	7	57,30
4	SYNNAX 50MG/30CPS	150,00	7	600,00

TVA 7%: 58.44 Total : 906,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

NEUF CENT SIX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Selma CHERIF D'OUAZZANE
Docia - 139 Boulevard My Youssef
139 BOULEVARD MY YOUSSEF
CASABLANCA - Tel: 05 22 22 27 25