

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W19-501446

☒ Maladie ☒ Dentaire **21856** ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **Rafik Aïdane**

Matricule : **1157** Société : **Rafik Aïdane**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **HAMAYED ELHICI RAFIK**

Date de naissance : **07/08/39**

Adresse : **11 Rue de la Pen Balhza Andrial**

Tél. : **06 61 40 81 60** Total des frais engagés : **761,40 (600 + 161,40)**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **1/11/2019**

Nom et prénom du malade : **Hamayed El Hici** Age : **30 ans**

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

Nature de la maladie : **tenonite cpl buse**

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'att. 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 : **Amstane** Le : **07/11/2019**

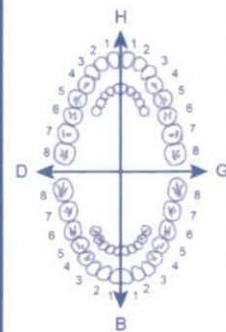
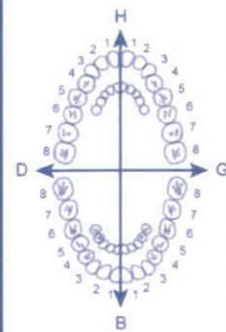
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
27/12/2019	Consultation	1	15,00	INP : 0941113360

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE RAIS Rue de la Mer Baltique 10000 Diab - Casablanca Tél : 05 22 79 81 52	27/12/2019	167,42

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

Spécialiste

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Venezia - Rez de chaussée, Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
(INP 091113860)

27/02/2019

M HADJAYED EL R-
Rafik

26.4°

① Dolico x 90

22.2 1/2 077

② Codilite 10

12.0 1 repeler 141

③ 0003 141

161.4° Th

PHARMACIE RAIS
62, Rue de la Mer Battique
Ain Diab Casablanca
Tél.: 05 22 79 81 52

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecin Généraliste - Ostéopathe
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Venezia - Rez de chaussée, Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
(INP 091113860)



DURÉE

MATIN

MIDI

SOIR

Code

PARACETAMOL ET CODEINE



22,20
 PPV: 22DH20
 PER: 05/21
 LOT: 11108

bottu s.a.

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sabâa - Casa
 S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

LOT 191187
 EXP 04/2022
 PPV 52.80DH

PPV : 86DH40
 PER : 10/22
 LOT : 12105-1

86,40

Etoricoxib

Dolice

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

Spécialiste

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Venezia - Rez de chaussée, Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
INP 091113860

27/12/2019

M. Hamayel et l'El
Rafik

• FRACTURE

• Tendinite ACL
last year

→ Consultation spécialisée → 300

→ K152 = fctas = 300 -

TOTAL = 600 MD

→ 50% Cent MD

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecin Podologue - Podologue
119, Bd Bourgogne - Résidence Venezia
Tél: 0522 27 85 61 / 05 22 29 76 97
Fax: 0522 20 94 44

PHARMACIE RAIS
OMAR RAIS
62 RUE DE LA MER BALTIQUE AIN DIAB CASA

Patente N°: 35604599
N° R.C. : 280638
Compte : 007780000693500030000953
CNSS : 615553610
Id.Fiscale : 40600267
ICE : 000442920000096

Tél: 022798152

Le : 27/12/2019

MR HAMAYED EL MILI RAFIK

FACTURE : 51284 du : 27/12/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CODOLIPRANE COMP	22,20	22,20	7,00%
1	DOLICOX 90MG BTE/7 CPS	86,40	86,40	7,00%
1	OEDES 20MG BT 14 GELULES	52,80	52,80	7,00%
Total TTC			161.40	
Droits de timbre			0.00	
Net à payer			161.40	

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	150,84	10,56	161,40
		150,84	10,56	161,40

PHARMACIE RAIS
+ 62, Rue de la Mer Baltique
Ain Diab - Casablanca
Tél : 05 22 79 81 52