

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10503 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) Autre :			
Nom & Prénom : A GOUTI DRISS			
Date de naissance : 26/02/1963			
Adresse : Fahimelle			
Tél. : 022499077 Total des frais engagés : 2980 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05/01/2020			
Nom et prénom du malade : EL AOUNY HATIMA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète - Obésité type 2			
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 : 05/01/2020 le : 25/01/2020			
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2020 (11)			1.300 Dhs	INP : 0911300066 الطب العيادة البنك التجاري الهاتف: 3197: 11/01/2020

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 de l'ODF.																		
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION																		

Dr FILALI SANAA
Omnipraticienne

الدكتورة الفيلالي سناء
الطب العام

- Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca.
- Ex Médecin interne au service de maternité du CHU Ibn Rochd Casablanca .
- Ex Médecin Interne à l'Hôpital Moulay Youssef Casablanca .
- Echographie - ECG .
- Médecin Agré pour la délivrance de certificat d'aptitude pour l'obtention du Permis de Conduire



- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بقسم الولادة.
- بالمركز الشمامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة.
- مستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء.
- الفحص بالصدى . التخطيط الكهربائي للقلب
- طبيبة معتمدة لتسليم شهادة طبية لتلقيع حصة السباق



Casablanca le : 125 JAN 2020

NB : Aouy FATHIMA

92.80

① OMEPOT peony pharm le 6el (B1 et 28)

162 x 25 per 200



52.40

② SNECTA 100

Ma 300

98.80

160



③ NEOFORT -

49.80

Ma 300

س. الفيدر
ادرق البنك الشعبي
شارع العقيد العلام
العام الطابق الثاني
فوق البنك الشعبي
برئاسة مجلس
البنك الشعبي
الهاتف: 05.22.71.31.97.

④ FLAGYL 500

Ma 300

43، شارع العقيد العلام - الطابق الثاني (فوق البنك الشعبي) - بورنازيل - البيضاء :
43, Avenue Colonel AKID ALLAM, 2 ETG. (Au dessus de La Banque Populaire) - Bourazil - CASA - Tél.: 05 22 71 31 97

TOTAL = 293.80 Dhs

⑤ DIAZETICUM 60 mg
 78.7 14P15 سنت 27 مارس.
 ⑥ Nystatin 100000
 36.7 14P20 سنت 27 مارس.
 15 169.6

242600060-02
NEOFORTAN® 160 mg

FPV 920H80
 EXP 07/2022
 LOT 96031 3

92,80
 LOT 19000
 PEL 05721
 FPV 920H80

شرعي العقید الشافعی
 افوق البنک الشهادی بورگازل المیضا
 0522 71 39 91
 الهاشمی

FLAGYL 500 mg
 CP PEL 820
 PER. 04 2024
 P.P.V. 49DH80



SMECTA 3G
 SACHETS B30
 LOT 9M4600
 PER. 03 2022
 P.P.V. 52DH40



MTCOODI
 LOT: 08019101
 PER: 12/2024
 PPU: 36,70 DH

Topique

