

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-495490

64501

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 5960 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | | |
| FAIKI ABDELAZIZ | | | |
| Date de naissance : | | | |
| 11/02/62 | | | |
| Adresse : | | | |
| 34, Rue 17 Sek el a (1) ouf | | | |
| Tél. : | 0674683935 | Total des frais engagés : | # 100630 # Dhs |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Dr Tariq BENELLOU Psychiatre </div> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 10/03/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : FAIKI ABDELAZIZ | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : St. depressif | | | |
| 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 : 10/03/21 à CASA
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 10/03/21



24 MARS 2021

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE AL HAKIM Dr. ALODIE BOUCHRA N°10, Rue Hassan II - Sidi Othmane CASABLANCA - Tél. : 0522 99 71 60 | 10/03/2024 | 656,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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"/> |
|----------------------------------|---|---------------------------|-------------|---|
| | | | | |
| | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | D 00000000 35533411 | G 00000000 11433553 | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

طبيب متخصص في الأمراض النفسية والعقلية

لدى

المستشفيات الفرنسية

طبيب رئيس قطب سابق :

قطب

الأمراض النفسية والعقلية والإدمان

dans le Calvados

Psychiatre des Hôpitaux de France

- Ex Médecin-Chef de Pôle
- Pôle de Santé Mentale et d'Addictologie dans le Calvados
- Ex-Psychiatre à l'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (I.T.E.P) dans l'Orne
- Ex-Psychiatre Adultes et Enfants au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation (C.M.P.R) dans l'Orne
- Ancien membre du réseau de l'obésité dans l'Orne

67,60 DH

Casablanca, Le

10/11/24
- فرنسا (سابقا)
معهد الترويضي للكبار والأطفال

Sarofy-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Terolithé 250 mg, B100 cp
P.P.V : 67,60 DH
6118000 060895



180,00 1 - 0 - 1

180,00

360,00 Fluvalde M

180,00

200,00 1 0 1
Topramate 500

Lot: RL1418A
Per: 12/2023
PPV: 200DH00

28,70 0 0

31,00 1 0 1
Sotaxal 8M

30,00 0 0

656,30

PHARMACIE AL HAKIM
Dr. AL ACHOUR BOUCHRA
Dr. A. BOUCHRA Lot. Sakkala Ouled
Tunisie 1000 Tunis - Tel: 022-307180

Boehringer
Ingelheim