

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

- Reclamation : 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° W21-637460

77483



| | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres | |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | | |
| Matricole : 30145 | | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BELLAH ZAOUI ABDELLAH | |
| Nom & Prénom : BELLAH ZAOUI ABDELLAH | | | | |
| Date de naissance : 13/12/1981 | | | | |
| Adresse : | | | | |
| Tél. : 0662 76 14 93 Total des frais engagés : + 924,57 Dhs | | | | |
| Cadre réservé au Médecin Mohamed IDOUK Médecine des Os et des Articulations Médecine du Sport Médecine des personnes Agées 437, Av Com. Driss L'HABIB Cité D'Almaa Casab - Tél : 05 22 58 31 93 NPE : 091066/601ICE, 001668910000 | | | | |
| Cachet du médecin : | | | | |
| Date de consultation : 19 Juin 2021 | | | | |
| Nom et prénom du malade : BSCLAZ ZAOUI Deyas Age: 34 | | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant | | | | |
| Nature de la maladie : En cas de crise | | | | |
| 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 : CASA

Le : 19/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie BENMOUSSA 26, Av. Cdt. Driss El amilas - Cité 0522 37 38 65 | 19/6/21 | 221,50 DH |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BEAUX 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed IDOUK

Diplômé en Gériatrie. Maladies des os et des articulations université de BORDEAUX

Diplômé en médecine du sport Université de RENNES



الدكتور محمد إيدوقي

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

دبلوم امراض الشيجوحة والمفاصل والعيان جامعة بوردو

الوذب بالاير والتقويم اليدوي لأمراض الظهر والمفاصل

19 Juin 2021

Bellah Town Fly

AT, 5

Tom S. S.

1000 x 4

✓ 138,00

69.00

22H, SG

enol
icum
arate

Adfil® 90g

Centella asiatica - Calendula - Eriogonum

LOT 4159/FC5
07/2023 PPC 69.00

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, consisting of vertical black lines of varying widths on a white background.

aa - Casablanca 20450 - Maroc

NPE : 091066766

ICE : 0016668910000

GSM : 06 64 77 81 12

PPV (DH) :

LQT N° :

UT. AV.:

17,5°

Docteur Mohamed IDOUK

Diplômé en Gériatrie. Maladies des os et des articulations université de BORDEAUX

Diplômé en médecine du sport Université de RENNES

Ostéopathie du mal du dos et des articulations



الدكتور محمد إيدووك

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

دبلوم أمراض الشيخوخة و المفاصل والعظام جامعة بوردو

دبلوم طب الرياضة جامعة رين

الوذب بالاير والتقويم اليدوي لأمراض الظهر والمفاصل

19 Juin 2021

Bscct. Amri Elbas

Note d'honneur

Examen : EOK

(Sept cent dinars)

~~Dr. Mohamed IDOUK
Medecine des Os et des Articulations
Medecine du sport
Medecine des personnes Agees
437, AV. Lamine Driss LHARTI Cite Djamaa
Casab. Tél : 05 22 56 31 95
NPE : 0910666766 / ICE : 0016668910000~~

437, Avenue Commandant Driss Lharti Cite Djamaa - Casablanca 20450 - Maroc

Tél. C : 05 22 56 31 95 - Tél. D : 05 22 37 24 66

GSM : 06 64 77 81 12

NPE : 0910666766

ICE : 0016668910000