

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.

Biologie 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.

Educateur :

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 482 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRI RAHHAL

Date de naissance : 1941

Adresse : SALMIAH Rte 32 IM 28 N° 07 Casablanca

Tél. : 0773156717 Total des frais engagés : 2737,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/08/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31-8-2021		5	250,	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31/08/21

2487,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

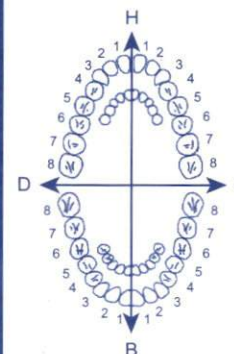
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr BOUELFAIZ Mohamed

NEUROCHIRURGIEN

Electroencéphalogramme . EEG



د. محمد بو الفائز

إختصاصي أمراض وجراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري
بجامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

Ordonnance

Le: 31.8.2021

m. rahhal Amri

OT 210081
EXP 01/2026
PPV 20.80DH

56100x4

1/ Koppes

2080x4

2/ Glucophage

1

100

0

1

د. محمد بو الفائز
Dr. BOUELFAIZ Mohamed
NEUROCHIRURGIEN - BEG - EMC
أمراض وجراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري
35, Rue Ibn Chahid Maârif Casablanca
Tél : 212 522 253605 - NR. 1A AQ 1A RS

Adresse : 25, Rue Ibn Chahid (Extension Bd soumaya) en face du resto luigi palmier Maârif - Casablanca -

Tél : +212 522 253605 - Mob : + 212 696 347260 - Email : dr.bouelfaiz.mohamed@gmail.com

37/100

Taymarip 500

1- 0 - 1

P.P.C
99.00 DH

99,00

4/

MC2

8 x 1

10,60

5/

Dolos top : 8 x 1 / 1 hite.

د. بوحيدر محمد
Dr. BOUHELA Mohamed
Neurologie - E.E.C
إمراض وجراحة الدماغ والأعصاب
15, rue Ibn Chahid Maarif Casablanca
06 16 62 16 86

LOT : 5086
UT. AV : 11-23
P.P.V : 10 DH 60

T = 2487,80

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
6 118001 142606

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE : MA - PPV : 51DH00
6 118001 183340

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 561,00 DH
6 118001 142606