

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.

Pathologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

89274
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09098

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed

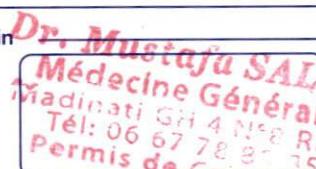
Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Hely AL Azhar Im 3 App 19 h 8/2

Ahl Laqfhem - Sidi Benchaâd Casab

Tél. : 0657424826 Total des frais engagés : 547,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2021

Nom et prénom du malade : EDDAOUDI

Lui-même

Conjoint

Lien de parenté : Nature de la maladie : Rn. lib + gout de la

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 : Casab

Le : 21/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0005859

Maladie Dentaire Optique Autres

89274
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09098 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : Hely AL Azhar Im 3 App 19 h 8/2

Ahl Laqfhem - Sidi Benchaâd Casab

Tél. : 0657424826 Total des frais engagés : 547,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mustafa SALIBI
Médecine Générale
Madinati GH 4 N° 8 ROC
Tél: 06 67 78 87 75
Permis de C...

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2021

Nom et prénom du malade : EDDAOUDI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Rn. lib + gout de la

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 : Casab

Le : 21/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
27/09/2021	COI	01	100	Médecin généraliste Permis de C... SALEX N°... tel: 06 67 78 90 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Principautés Maria BOGA ot. Hay El Zhar - Sidi Bernoussi Fasa - Tel: 05 22 76 76 98	27/09/2021	447,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mostafa SALEM

Médecine Générale

Ex. Médecin-Chef

- à Oujda (C.S. EL Aïyouane)
- à Sidi Bernoussi (C.S. Bernoussi et C.S. Ahl Loghiām)



الدكتور المصطفى سالم

الطب العام

طبيب رئيسي سابق

- بوجدة (العيون)

- بالبرنوصي (المركز الصحي البرنوصي

والمنطقة الـ 11

Casablanca, le 27/09/2021 في

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2124



Mr Ahmed EDDAOUDI

170,00

1°/ ofiken 200

1 cp x 2/j

35,30x2

2°/ brufen cp

1 cp x 2 j matin midi

39,00

3°/ raviva 15

1 cp /j soir mi

140,00

4°/ oedes 20

1 gel /j soir 2 mois

14,00x2

5°/ doliprane cp 1000 n°2

1 cp si cephalée

39,00

35,30

35,30

LOT: 201160

PER: 04-2023

PPV: 140,00DH

PPV: 14DH00

PER: 08/24

LOT: K2197



Permis de Conduire
Carte Grise
N° 3411065745

Pharmacie des Principautés
M. BOGA
Sidi Bernoussi

مدينات - الدار البيضاء - رقم 4 - ميدان 8 (قرب مدرسة 11 ماي 1945) - الترخيص رقم 111111111111111111
Madinat Casablanca (R.D.C) - Groupe (GH4) - imm. 8 (à côté de l'école 11 Janvier) - Bernoussi - Casablanca

الهاتف: 06 67 78 89 85 / 05 27 04 71 83