

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-542969

90517

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djemâa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 1509,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/21

Nom et prénom du malade : M^{me} BALMANE Habiba Age :

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

Nature de la maladie : DÉPRESSION CHRONIQUE

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 : Casablanca

Le : 28-10-2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
26 10 2021	3		400,00	INF: 091075051 Dr. HERNANDEZ Bachir Psychiatre-Psychothérapeute 16, Rue Abdelkader Moufllah (Par Rue Prince My. Abdellah)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-10-2021	1109,50

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

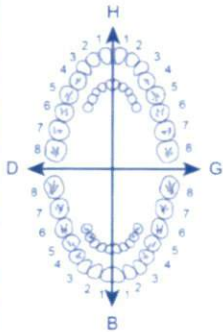
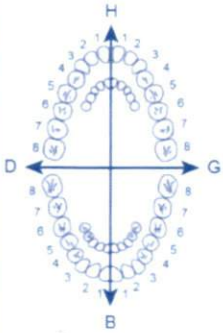
[illegible]

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 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur HERRADI El Bachir

Psychiatre - Psychothérapeute

Spécialiste diplômé d'Etat de
l'Université d'Amiens (France)

Ex-Praticien hospitalier en France

16, Rue Abdelkader Mouftakar, Angle Bd de Paris - Rue Tata
(Prés café la comédie) - Casablanca

Tél Fixe : 05 22 26 44 33

الدكتور هرادي البشير

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية العصبية و العقلية

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب سابقا بفرنسا

16, زقة عبد القادر مفتكر, زاوية شارع باريس و زقة طاطا

(قرب مقهى لاكميدي) - الدار البيضاء

هاتف الثابت: 05 22 26 44 33

Casablanca, le 26/10/2024 في الدار البيضاء،

LOT: M21095-2
EXP: MAI 2024
PPV: 47,90 DH

LOT: M21095-2
EXP: MAI 2024
PPV: 47,90 DH

M^{me} = BALMANE Habiba

LOT: M20220-2
EXP: NOV 2023
PPV: 47,90 DH

LOT: PA10389
PER: 03-2023
PPV: 133,70 DH

LOT: PA10389
PER: 03-2023
PPV: 133,70 DH

LOT: PA10389
PER: 03-2023
PPV: 133,70 DH

(47,90 x 6) Anafranil 25mg = 2x le soir
(133,70 x 3) SYNMAX 25mg = 2x le soir
(56,60 x 5) Stilmax = 1x le soir
13800 = 1x le soir = 1 Boite

13800 - 13800 = 0
1408,50

Dr. HERRADI El Bachir
Psychiatre - Psychothérapeute
16, Rue Abdelkader Mouftakar
(Près Rue Prince My. Abdellah)
Tél. 26-44-33 /
CASABLANCA

IPP®
Omeprazole 20 mg
Boîte de 56 gélules
P.P.V. : 138,00 DH
6 118000 191773

LOT: M20220-2
EXP: NOV 2023
PPV: 47,90 DH

LOT: M20220-2
EXP: NOV 2023
PPV: 47,90 DH

LOT: M20194
EXP: OCT 2023
PPV: 47,90 DH

LOT: 21E001
PER: 03 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E001
PER: 03 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E002
PER: 05 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E001
PER: 03 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



LOT: 21E002
PER: 05 2025

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60

