

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 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

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.

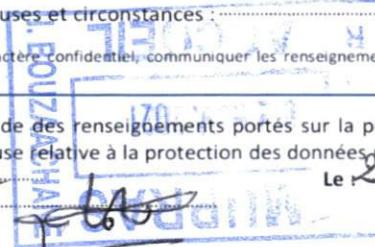
N° W19-542969

90517

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1143	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BALMANE Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 01-01-1941			
Adresse : Cité Djemaa Jamila 7 Rue 19 N° 15 Casablanca			
Tél. : 0661789212	Total des frais engagés : 1509,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. HERRADI El Bachir Psychiatre-Psychothérapeute 16, Rue Abdelkader Mourtakar (Par Rue Prince My. Abdellah) Tél. 26-44-33/ CASABLANCA </div>			
Date de consultation : 26/10/21			
Nom et prénom du malade : Mme BALMANE Habiba Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.			

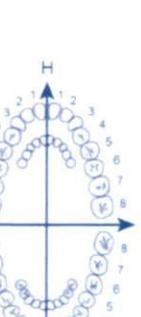
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : Casablanca Le 28-10-2021
Signature de l'adhérent(e) :



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
26/10/2021	3		400,00	INP : 091075951 Dr. HERRADJI Bachir Psychiatre-Psychothérapeute 16, Rue Abdellah Mouttakar (Par Rue Prince My. Abdellah) Tél: 26-44-331

EXECUTION DES ORDONNANCES			CASABLANCA
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
ARMÉE DU SALUT	26-10-2011	1109,50	

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>								
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>								
					MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>								
					FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G	
H	25533412 21433552												
D	00000000 00000000												
B	35533411 11433553												
G													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>											
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>											
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>											

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 نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية العصبية والعقلية

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب سابق بفرنسا

16، زنقة عبد القادر مفتقر، زاوية شارع باريس و زنقة طاطا

(قرب مقهى لاكوميدي) - الدار البيضاء

هاتف الثابت: 05 22 26 44 33

Casablanca, le

26/10/2021

الدار البيضاء، في

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

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

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

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

Dr. HERRADI El Bachir
Psychiatre - Psychothérapeute
16, Rue Abdelkader Mouftakar
(Prés café la comédie)
Tél. 26-44-33 /
CASABLANCA

6 118 000 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

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 : 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

