

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique **M6337** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **M660** Société : **RAM**
 Actif Pensionn[e] Autre :
Nom & Prénom : **HAMDANE ACHRAF**
Date de naissance :
Adresse : **7000**
Tél. : **0661205276** Total des frais engagés : **482,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

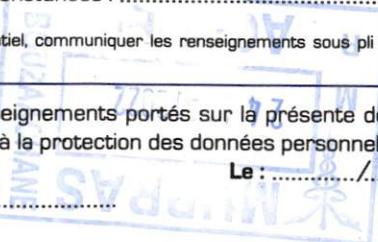
Cachet du médecin :

Date de consultation : **1/1/09**
Nom et prénom du malade : **HAMDANE ACHRAF**
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **Rhinite Allergique**
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 : **INPE** Le : **1/1/09**

Signature de l'adhérent(e) : **HAMDANE ACHRAF**



INPE

Le : 1/1/09

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
08 MARS 2022	C		3000	  INPE Docteur MOUMOUNI Spécialiste en Pédiatrie Abidjan - 1er Etage 09 120 006 1 526 - 0522.25 25 27 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUTIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 El Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	8/3/22	152.40 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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A dental arch diagram showing a top arch with 12 numbered teeth (1 through 12) and a bottom arch with 12 numbered teeth (1 through 12). The teeth are arranged in a standard dental sequence. Four directional markers are present: 'D' on the left side, 'H' at the top, 'G' on the right side, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and the arches are shown in a symmetrical, mirrored fashion.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mina OUMLIL

Medecine Pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في طب الأطفال

كلية الطب والصيدلة
بالبيضاء

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL ODDA - Casablanca
Tél. : 05 22 25 25 63
1.C.E : 00050024600006

8322

الدار البيضاء ، في

Jawaria Hamdane

23.10 Vamox Susp

1 flacon d'jen

29.50 Rectolax Sif

34.00 1 tube Ij

34.00 Osmosime Sifop

140c x 3lj



250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1er Etage

Tél. Fax : 05 22 25 25 26 / 05 22 25 25 27 - Email : oumlilmina@gmail.com - Urgence GSM : 06 61 14 74 41

15.80 - Dlimous S. Soo -

Acp x 31;

Asma -
Senior Clinique Allergie
Acp x 31;

Docteur Mina OUMIL
Professeur Universitaire - Pédiatre
250, Bd. Abdellounen 1er Etage
Rés. Abrales Abdellounen - Casa
Tél/Fax: 0522 25 25 26 - 06 97 34 04 19
Gsm: 0661 14 74 41
INPE: 091201061

PHARMACIE
Groupe EL Oulfa - Rue 1544
I.C.E : 005 22 89 09 23 25
Tél : 005 00 24 60 63
0000026

