

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 |

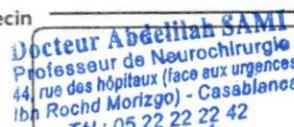
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-710318

119789

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0944	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HALMONY ABDELMASIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0664293144	Total des frais engagés :	1465,00 Dhs

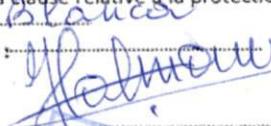
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Docteur Abellah SAMI Professeur de Neurochirurgie 44 rue des hôpitaux (face aux urgences) Ibn Rochd Morigo - Casablanca Tél : 05 22 22 22 42	
Date de consultation :	31/12/2011
Nom et prénom du malade :	HALMONY ABDELMASIM
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Docteur Abellah SAMI Professeur de Neurochirurgie 44 rue des hôpitaux (face aux urgences) Ibn Rochd Morigo - Casablanca
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Vers enfant
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 : CR-SN-Blancor Le : 01/06/2012

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
01.01.2023	22		300,00	INP : N° 1234567890 Docteur Abdellah BOUTE Groupe des Hôpitaux Face aux îles 17 Avenue Monizzi - Casablanca Tunisie 05 22 22 42

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaire, 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"/>															
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G																			
B	00000000	11433553																	
35533411																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

Docteur Abdelillah SAMI

Professeur de Neurochirurgie
à la Faculté de Médecine de Casablanca
Spécialiste des Maladies du Cerveau
et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine
de la Bretagne Occidentale - France



الدكتور عبد الله الصامي

أستاذ في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ
والأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

09.05.2022

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Mr HALMONY Abdellmajid

276.

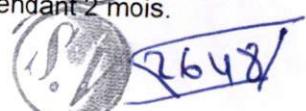
1 SEROQUEL 100 MG



1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

385.

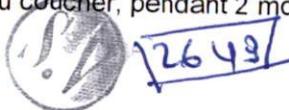
2 NOZINAN 4%



3 gouttes le soir, 10 au coucher, pendant 2 mois.

4150

3 IMOVANE 7,5 MG



1 comprimé au coucher, pendant 1 mois.

En cas de beboin



4 ALYSE 75 MG

1 comprimé le soir, pendant 2 mois.

Puis 1 comprimé matin et soir pendant 3 mois



5 CÉDOL

1 comprimé le matin, à midi et le soir. En cas de douleur



Professeur Abdelillah SAMI

Docteur Abdelillah SAMI
Professeur de Neurochirurgie aux urgences
44, rue des Hôpitaux face aux Urgences
Ibn Rochd Morizo Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42
Fax : 05 22 22 22 42

~~22,00~~

Cédol
20 Comprimés



Cédol
20 Comprimés



Cédol
20 Comprimés



~~22,00~~

~~22,00~~

5 000455 006843

Sanofi-Aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain seba, Casablanca
NOZINA 4 % sol buv
fl 30 ml

P.P.V : 38,50 DH

6 118001 080557

~~41,50~~

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
sécables



Lot.:
~~216824~~

~~216824~~
08.2024

Exp.:
~~08.2024~~

~~0~~

PPV: 255DH00

Lot.:
~~216824~~

~~216824~~
01.2024

Exp.:
~~01.2024~~

PPV: 255DH00

6 118001 040858

6 118001 040858

valable 3 mois

Le 09.05.2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : HALMONY ABDELMATIG

Présente de ab ... Courante et intonni

Nécessitant un traitement d'une durée de :

plus d'une année

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Docteur Abdellah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44, rue des Moulâmi (Porte aux Urgences)
Bab El Oued Montazah
Casablanca - Maroc
Tél : 0522 22 78 42
Fax : 0522 22 78 43