

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03268** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : **KHIDIRI Abdelaaziz** Autre : **Retraite**

Date de naissance :

06/07/1953

Adresse : **379, Bd PAUL BONAPARTE CASA**

Tél. : **06 64 79 09 14**

Total des frais engagés : **11550 Dhs** # **399,20 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/07/2022**

Nom et prénom du malade : **EL GHALLEMI-Taria** Age : **65**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **BP Covid**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **BP Covid**

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 : **01/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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 JUIL 2022	61		+150,00	01 JUIL 2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
01/06/22	01/06/22	209,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	<p>H 25533412 21433552 00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 35533411 11433553</p> <p>B</p>			DATE DU DEVIS
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz ANBARI

Médecine Générale

DU en diabétologie (Montpellier)

DU en diététique et nutrition (Montpellier)

DU d'expertise Médicale et de
Réparation du Dommage Corporel

Assermenté auprès des tribunaux

N° 550 Bd Modibo- Keita

C.P 20550 - Casablanca



الدكتور عبد العزيز عنبرى

الطب العام

دبلوم في مرض السكري (مونتبيولي)

دبلوم في الحمية و التغذية (مونتبيولي)

دبلوم في الخبرة الطبية

طبيب محلف لدى المحاكم

550 - شارع موديبو كيتا

الدار البيضاء - 20550

EL GHALLEMI

Touria

95,00

1 Efloxin 500 (1bte de 7)

1 g/j x 7 j

S.V.

LOT : 220191
EXP : 02/2027
PPV : 95,00 DH

83,70

2, Romac 300 (1)

17,70

1 g/j x 7 j

S.V.

3, Efferalgan vitamine C (1)

24 x 38,1,-

52,00

4, Deder 20 mg (1bte de 14)

1 gelée x 28,1,-

LOT 210604
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

1 = 269,20

Autorisation d'Exercer N° 10888

Casablanca, le : 01 JUIL. 2022

LOT 10 93,70
PER 01/2024
PPV : 93,70 DH

PHARMACIE BOULEVARD ADDOU
Bd Ouled Abdellah, Km 1, Casablanca
Tél: 05 22 55 00 26

EFFERALG
PPV 17DH70

