

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

124805

Déclaration de Maladie : Nº S19-0002784

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12427 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUZAIDI Med Amine Date de naissance : 09/07/1982

Adresse : 65 Rue Mamouna Mohamed Apt 13 MAARIF

Tél. : 06 67 05 21 43 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07*

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lombosciatalgie

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 : CASA Le : 28/07/2022

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
10/06/2022	OS=		300,00	
10/06/2022	PHarmacie.		60,00	
10/06/2022	Frais Clinique.		50,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sportif Dr. Kadiri hassani fatima 63, Rue Mamoun Mohamed Casablanca . Tel: 05 22 36 05 07	19/06/2022	267,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
	G			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

مصححة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

10/6/2011

EL IBRAHIMI BISSAM.

15.50

① Schufare
2x 2x 2x

SYNTHEMEDIC O
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 ms

Bolts 14

641/15DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

5" 118001 " 020607

D meint 45 1/2 30^{er}
193.6 = SV

193.60

O Senado 1. 62 82

878

Relaxation   

3980 D Larost ret 1

380 ♂ DK **DR. N. BAI**
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75. Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

267.1°^S

PPV 16DH80
PER 12/24
LOT K3473-1

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 03/25
LOT: L1162

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 220041
DUO: 01/2025
87,00DH

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

10/12/01.

EL IBRAHIMI Btissam

① Dp 65 IS WR
56,60
NE 5 TA Argyle

70 IS TA Sf

Pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSANI Fatima
53, Rue Namouni Mohamed
Tél: 05 22 23 45 40

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

10/6/06

EL IBRAHIMI Btissam.

inflam J

(dy - 12 J)

Dr. N. LATIF IDRISI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Massira Al Khadra
Tel: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

10/06/2022

**NOM :MME IBRAHIMI BTISSAM
MEDECIN : DR IDRISI LATIF**

FACTURE

<u>DESIGNATION</u>	<u>TOTAL</u>
◆ CONSULTATION	300,00
◆ PHARMACIE	60,00
◆ FRAIS CLINIQUE	50,00
TOTAL	410,00

Arrêter la présente facture à la somme de ,
QUATRE CENT DIX DIRHAM



Bon de Consultation

0000296

Date : 10/06/22

Nom : M^o IBTISSAM IBRAHIMI

Dr iDRISI

Médecin traitant :- Consultation : 300- Imagerie :- Laboratoire : PH 60DH- Autres :- Total : PH 60DH- Clinique : 50- Honoraires :- Radiologie :- Laboratoire :