

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.

M22- 0005694

Maladie

Dentaire

Optique

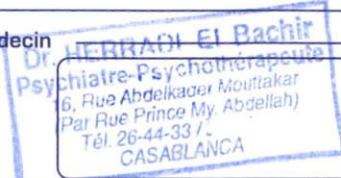
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 19666
 Nom & Prénom : BALMANE Mohamed
 Date de naissance : 01-01-1941
 Adresse : Cité Djemaa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca
 Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 1685,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/08/2022
 Nom et prénom du malade : Mme BALMANE Haliba Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie :
 Dépression Chronique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : 16/08/2022
 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
15/08/2022	C3		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE NOURFIS 108 BIS 145 ^e RUE MENÉTRIER 91400 ORSAY TÉL: 01 64 60 70 00	15/08/2009	1285,90

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a diagonal arrow labeled 'P' points towards the bottom right. The teeth are arranged in a curve, with larger teeth at the bottom and smaller teeth at the top.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HERRADI 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/Fax : 05 22 26 44 33

الدكتور هرادي البشير

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية العصبية والعقالية

خريج كلية الطب بآميان (فرنسا)

طبيب مجازا بفرنسا

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

(قرب مقهى لاكوميدي) - الدار البيضاء

هاتف فاكس : 05 22 26 44 33

Casablanca, le

15/08/2002

الدار البيضاء، في

Mme BALMANE Habiba

(417,90 x 6) 75

~~Alonefum 25y~~ = 24 lesoir

(133,70 x 3) 75

~~Synfax 25y~~ = 24 lesoir

23,10

75 lesoir

~~Lysoxide~~

75 lesoir

~~5660x5~~

75 lesoir

~~138,00x1~~

75 lesoir

~~15,30~~

75 lesoir

1285,90



IPP®

Oméprazole 20 mg
Boîte de 56 gélules

P.P.V. : 138,00 DH



IPP®

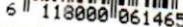
Oméprazole 20 mg
Boîte de 56 gélules

P.P.V. : 138,00 DH



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V. : 56DH60

UT. AV :

P.P.V

LOT N° :

23,10

LOT : PA10385

PER : 03-2023

PPV : 133,70 DH

LOT : PA10385

PER : 03-2023

PPV : 133,70 DH

LOT : PA10385

PER : 03-2023

PPV : 133,70 DH

PPV 15DH30

EXP 12/2024

LOT 19036 13

LOT : M21134

EXP : AOU 2024

PPV : 47,90 DH

LOT : M22020

EXP : DEC 2024

PPV : 47,90 DH

LOT : M22020

EXP : DEC 2024

PPV : 47,90 DH

LOT : M21134

EXP : AOU 2024

PPV : 47,90 DH

LOT : M22020

EXP : DEC 2024

PPV : 47,90 DH

LOT : M22020

EXP : DEC 2024

PPV : 47,90 DH