

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0006635

139180

Matricule : 7455

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOAENIR STAMIR RA

Date de naissance : 09.07.1964

Adresse : 2, Rue de la 7- m. Chammelai

Tél. : 06 61 17 22 85 Total des frais engagés : 1255.653 Dhs

Mutumedia TEL: 0523329046

AV des FAR, 11 rue de Doukkala

Spécialiste en Chirurgie

Reumatologue et Orthopédiq

Dr. MOSTAFI LAHKIM

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.05.2022

Nom et prénom du malade : MOAENIR STAMIR RA Age :

Lien de parenté : Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Frontal perte DT

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute de la hauteur

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 : Mohamm eddine BS

Le : 07.05.2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LACORNICHE EL ADRAOUI RACHID Angle Bd My Youssef Residence Bella Soltane Mohammedia Tél/Fax : 05 23 32 91 99 pharmacielacorniche@gmail.com	07-09-22	155,65

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVÉ 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'UDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

THEORETICAL

H	G
D	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553
	T

OSTEOCARE 30 CP
 PVC : 108.65
 Ut Av | Lot :
 31/05/2025 256448A
 IPHABIOTICS

Ingédients: Carbonate de calcium, Hydroxyde de magnésium, Liants: amidon de pommes & Polyvinylpyrrolidone, Diluants: Cellulose microcristalline et Phosphate de calcium dibasique, Pelliculage (Hydroxypropylmethylcellulose, propylène glycol, dioxyde de titane et talc), Désintégrant: Glycolate d'amidon sodique, Lubrifiants: Talc purifié, Stéarate de magnésium, Sulfate de zinc, Vitamine D3 (cholestérolifère), Les transporteurs: triglycérides à chaîne moyenne, Silice colloïdale anhydre, Talc purifié, Maltodextrine, BHA, Ethylvyclohexane.

CONSERVER AU-DESSOUS DE 25°C DANS UN ENDROIT SEC, HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.

Pour hommes et femmes de tous âges

A circular blue logo containing white text. The text reads "UK's" on top, "No 1" in large bold letters, and "BONE HEALTH FORMULA" at the bottom.

convient au
Végétarien

Association synergique de Calcium à forte concentration Magnésium, Zinc & Vitamine D3

Osteocare®

أقراص ملمسية
كزار طبع ١٠



الدكتور الحكيم مصطفى

Docteur LAHKIM Mostafa

طبيب اختصاصي في جراحة العظام

Specialiste en Chirurgie

Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations
Chirurgie du Rachis
Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل
جراحة العمود الفقري
جراحة اليد

Mohammedia, le:

07 SEP. 2022

Nouria Sassi RA

347 XAROCTO 10ug 06/10
 108,65 Osteocais. eph. max. T = 455,65

PHARMACIE LA CORNICHE
EL ADRAOUI RACHID
Angle Bd. MY Youssef Residence
Bella Costa - Mohammedia
Tél/Fax : 05 23 32 91 99
pharmacielacorniche@gmail.com

r. Mostafa LAHKIM
Spécialiste en Chirurgie
traumatologique et Orthopédique
Av des FAR, 11 rue de Doukkala
Mohammedia - TEL: 0523329046



الدكتور الحكيم مصطفى
Docteur LAHKIM Mostafa
طبيب اختصاصي في جراحة العظام
Specialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations
Chirurgie du Rachis
Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل
جراحة العمود الفقري
جراحة اليد

Mohammedia, le: 07/09/2022

mounir SAMIRA

Fracture

De Fracture percutée DT.

Tuméfaction — perte
ras + insensibilité

Bleu 8 cm DM

Hurtant Doulou

Dr. Mostafa LAHKIM
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
Av des FAR 11 Rue de Doukkala
Mohammedia - Tél : 0523329046

الدكتور الحكيم مصطفى
 Docteur LAHKIM Mostafa
 طبيب اختصاصي في جراحة العظام
 Specialiste en Chirurgie
 Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations
 Chirurgie du Rachis
 Chirurgie de La main



جراحة العظام و المفاصل
 جراحة العمود الفقري
 جراحة اليد

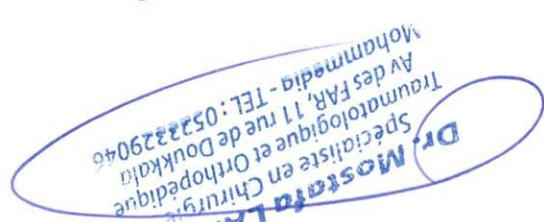
Mohammedia, le

07 09 2022

mounir SAMIRA

Cause et circonstance
 de l'accident

Chute de sa hauteur
 par surprise - chut
 lui à la maison



Avenue des FAR 11 Rue Doukkala
 Mohammedia (Kasbah)

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

0523 32 90 46

شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة
 الحمدة (القصبة)

Mohammedia, le 07-09-2020

Samira Mounir
n° 7655

Déclaration d'un accident domestique.

Madame, Monsieur

Je vous envoie la présente lettre, pour vous signaler que le 07-09-2022, j'ai été malheureusement victime d'un accident domestique, dû à une chute dans mes escaliers, qui m'a causée une fracture du poignet droit et qui a nécessité un port de plâtre.

Je vous adresse ci-joint, tous les documents médicaux relatifs à mon accident, traitement et radio.

Nouvelles trêves madame, monsieur mes meilleures salutations.

Mounir Samira

