

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

- Reclamation : 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- 0037446

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7873 Société : RAM 140.880

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MÉHADIA Noureddine

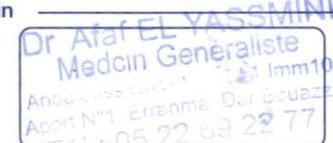
Date de naissance : 03/02/1959

Adresse : Dokha El Héf Rue 43 N°2 CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/12/2021

Nom et prénom du malade : Noureddine MÉHADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète Arthur + dioptrier

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 : Le : / /

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
2.11	G	1	670,00	Dr Al KASSIMI Medecin Generaliste 1 Imme 10 Appartement 1001 Tél : 05 22 69 22 77

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE GHAILLET
Mme EL KADRI AOUEDACH Leila
Berb Ghalil 122, Rue Jabiir Ansehi
Docter en Pharmacie
Cachet du Pharmacien Date Montant de la Facture
Tél : 05 22 69 22 77 3780,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

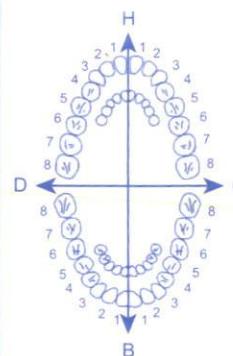
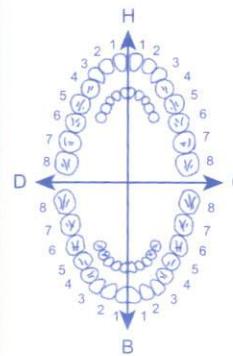
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	
		21433552 00000000 11433553	B	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Afaf EL YASSMINI
الدكتورة عفاف الياسميني

Médecin Généraliste

طبيبة عامة

Errahma Le :

Dr Afaf EL YASSMINI
Medecin Generaliste
121 Imm 10
Dar Bouazza
Casablanca
Tél : 05 22 69 22 77

الرحمة في :

Noureddine NEHAIDNA

220 P

- Minirin Melt

mp

215

Novo

- Antac

mp 60

B 26

Novomix 30

x 6 B.

3352h - 0 - 18

60

- Mcfaal 75

mp 60
3180 60

PHARMACIE GHALLEF
Mme. EL KADRI AGUEUDACH Leila
Docteur en pharmacie
121, Rue Jaber Ansari,
Darb Ghalef, Casablanca
Tél : 05 22 25 28 51

Dr Afaf EL YASSMINI
Medecin Generaliste
121 Imm 10
Dar Bouazza
Casablanca
Tél : 05 22 69 22 77

GH 1 Imm. 10 Appt 1, Andalous Errahma. (Pres de la mosquee Andalous)

0522 69 22 77

06 89 39 01 35 (Urgence)

dr.afaf.elyassmini@gmail.com

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



6 118001 121298

-- LAPROPHAN --
PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2



6 118001 121298

MINIRIN MELT 60 µg
Lyophilisat oral. Boite de 30.
P.P.V : 270,00 DH
AMM N° : 210/16 DMP 21/NNPR
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1,27182 - Bouskoura-Maroc



6 118001 072361

PPV : 102,00 DH
PER : 06/2023
LOT : 21082

AMM N° : 570/17 DMR/21/NRA

54,60

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



6 118001 121298