

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0025983

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matriculé : 2195 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI Idrissi Nezha

Date de naissance : 12/04/51

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661573620 Total des frais engagés : 1677,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/22

Nom et prénom du malade : HACHIMI Idrissi Nezha

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Troubles mentaux

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 : 04/10/22

Signature de l'adhérent(e) : HS

Adresses Mails utiles

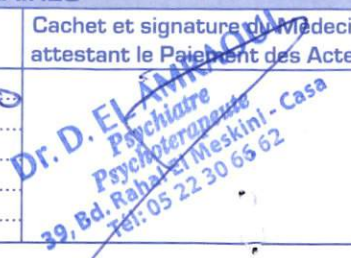
- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
04/10/22	S		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/22	1377,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

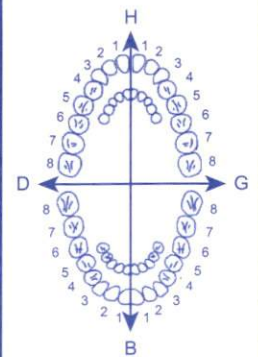
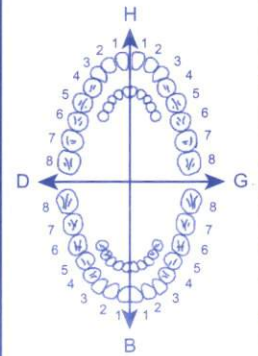
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Driss El Amraoui

Psychiatre

Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)

Tél. : 05 22 30 66 62

الدكتور إدريس العمراوي

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
طبيب إختصاصي مساعد سابقاً بمستشفيات
فرنسا (باريس)

الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le

04/10/2022

في الدار البيضاء،

M^{re} HACHINI IDRISSE

NEZHA

S3165

N.S.

— seroplex 10

240,00 x 4

S3166

N.S.

— up-at

19,40 x 4

S3167

N.S.

($\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$) - 16 son

— Aliviano

1-at 27,00 x 5

S3168

N.S.

— Zopidox

— up ancouther

45,00 x 4
25,20 N=5

Pharmacie de Mostafa
52, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél.: 0522 26 35 40 / 0522 22 27 50
ICE: 002536701000094

DR. D. ELAMRAOUI
Psychiatre
Psychotérapeute
39, Bd. Rahal El Meskini - Casa
Tél: 05 22 30 66 62

Trois

Traitement pour:

39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4^{ème} étage (Ascenseur) - Casa - Anfa

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

686481 100811 9

Seroplex 10mg cp sec b28
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

19,40

19,40

19,40

19,40

LOT: 09922005
PER: 01/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

LOT: 09922005
PER: 01/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

LOT: 09922005
PER: 01/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

LOT: 09922005
PER: 01/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

LOT: 09922005
PER: 01/2027
PPV: 27,00 DH

Boite de 20 gélules

PPV :
LOT :
PER :

45,00

PPV :
LOT :
PER :

45,00

PPV :
LOT :
PER :

45,00

PPV :
LOT :
PER :

45,00

10

PPV 25,20 DH
LOT C561 PER 05/25

comprimés
gélules sécables