

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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

Déclaration de Maladie : N° P19-0010271

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 661 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL LOUIZ Milouda Date de naissance : 1945

Adresse : 37, Rue 15 INARA 1

Tél. : 06.19.907.807 Total des frais engagés : 958 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/22

Nom et prénom du malade : Me EL LOUIZ milouda Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur articulaire

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 relèvement des Actes
28/11/22	CS		300 D.D.	<i>DR. MOUSSA TOUNSI SALIMAATOL Angle Bd. 2 Mars et Rue Amelkam Appt à Casablanca Tel: 0522.83.30.30 E-mail: mtoumny@gmail.com</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACIE MOUSSINE MOUSSINE Leila AV. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca - Tel: 0522 21 09 78</i>	28/11/22	658,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, 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			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. Meriem TOUIMI

BENJELLOUN

CLINIQUE EN RHUMATOLOGIE

LOT 224368

Spécialité ostéo-articulaire (Paris)
Chirurgie interventionnelle (Grenoble)
Chirurgie osseuses médicales (Paris)
Maladies et maladies systémique (Paris)

PPV 109DH20

الدكتورة مريم تويمى

بنجلون

أخصائية في أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم

الشخص بالصدى (باريس)

أمراض هشاشة العظام (باريس)

التهاب المفاصل وأمراض الحطب الباطنى (باريس)

العلاج بالأدوية البيولوجية

LOT 224368

EXP 06/25

PPV 109DH20

28.11.2022

Mme ELLOUIZ Milouda

$$105,20 \times 2 = 210,40$$

1 GAPREX 25

1 le soir, pendant 3 jours. PUIS 1 A MIDI ET 1 LE SOIR X 3

PUIS 1 MATIN MIDI ET SOIR 3 MOIS

$$35,10 \times 5 = 175,50$$

2 BECIDOUZE

1 le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

$$94,00 \times 2 = 188,00$$

3 MYDOFLEX

1 le matin, à midi et le soir, pendant 20 jours.

$$131,00 \times 2 = 262,00$$

4 ALGIK

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

$$49,70 \times 2 = 99,40$$

5 VOLTFAST 50

1 à midi, après le repas, pendant 9 jours.

6 AULCER 40

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

658,00

GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dh500



GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dh500



CLINIQUE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara 1
Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

6 118001031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV: 49.70 Dhs

Dr. Meriem TOUIMI BENJELLOUN

RHUMATOLOGUE
8, Angle Bd 2 Mars et Rue Amesterdam
Tél: 0522 83 30 30 - GSM: 07 77 51 69 00
INPE: 0522 83 30 30 - Tél: 0522 83 30 30 - GSM: 07 77 51 69 00

Dr. Meriem TOUIMY BENJELLOUN

Angle Boulevard 2 Mars et Rue Amesterdam, 2ème étage - Appt N° 8 Au dessus de McDonald's 2 Mars - Casablanca

زاوية مزرقة أمستردام و شارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E.mail : mtouimy@gmail.com

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 d

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 d

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 d

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

13,20

13,20