

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Dr A. Didi

Sidi mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667123422

Total des frais engagés : 1221,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2013

Nom et prénom du malade : Dr A. Didi SOFIANE

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

MPSY (Psychose un fauteuil)
Autisme

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED ALI <u>SARL AU JOUAIDI</u> <u>Dr. AHMED ALI JOUAIDI</u> <u>Sidi Maarouf - Casablanca</u> <u>Tél./Fax : 05 22 97 32 16</u> <u>GSM : 06 61 60 54 68</u>	10/11/23	771,70

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	

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a circular DNA molecule with 16 numbered segments arranged in a clockwise direction. The segments are labeled as follows:

- Top (H):** Segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Bottom (B):** Segments 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Left (D):** Segments 8, 7, 6, 5, 4, 3.
- Right (G):** Segments 8, 7, 6, 5, 4, 3.

The segments are represented by small circles connected by arcs, forming a closed loop. The labels H, D, G, and B are positioned at the top, left, right, and bottom respectively, indicating the orientation of the segments.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad LYOUBI

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine de Marseille - France

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

C.E.S. Psychiatre Adultes & Enfants

C.E.S. Médecine Légale et Expertises Médicales
Diplômé en Electro-encéphalographie Clinique



الدكتور فؤاد اليعobi

طبيب إختصاصي حائز على دبلوم أمراض
الرأس والأعصاب من كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

طبيب نفساني وشريعي

فحص الدماغ بالتحفيظ الإلكتروني

RDV / SMS : 06 20 24 60 27

DADISSI Soufiane

Casablanca, le :

5.1.23

وصفة لمدة 4 أشهر

BOIRE 1 LITRE EAU / J LA JOURNÉE

1/ Prisdal 2 mg cp
1 cp au coucher

2/ Alpraz 0.5 mg cp
1 cp au coucher



PHARMACIE AHMED ALLI
SARL AU JOUAIDI
Dr. ALLI - Casablanca
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél./Fax: 05 22 97 32 16
GSM: 06 61 60 54 68

196، شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف: 01/ 05 22 26 18 00

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01

LOT 223366 1
EXP 10 2025
PPV 35.70

LOT 223366 1
EXP 10 2025
PPV 35.70