

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

- 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

146508

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1268 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KOUHEN Abdelhak

Date de naissance : 09.06.53

Adresse : 40 Rue DIAK OPSIS Casablanca

Tél. : 0661 36 93 06 Total des frais engagés : 448,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelmjid SAFSAFY
Médecin Général
H.H Oulfa Rond Point Farah Essalam Rés Al Hamd
1 Imm D 4^{ème} Etg N°15 - Casablanca
Cabinet : 0665 43 59 76 - Médecin : 0660 74 00 80
Email : safsafyabdelmjid8@gmail.com

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : EL KOUHEN Abdelhak Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite 425111004

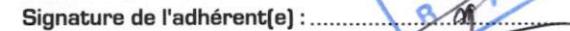
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 25 JAN 2023 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
17/11/2022			2500	Dr. Abdelmjid SAFSARI Médecin Général Salam Rés Al Hamra Casablanca Téléphone: 0660 74 89 80 Email: abdelmjid.safsa@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMÉE Angèle Rue d' et Rue des Paupières Oasis Casablanca Tél:0522 25 08 84	18/01/81	2 381,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top represents the midline, and a horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the dental arch. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. The numbers are placed near the corresponding teeth, with some numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) appearing twice on each arch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdellmjid SAFSAFY
Médecin Générale
H.H Oulfa Rond Point Farah Essalam Rabat
1 Km D 4th Etg N°25 Casablanca
Cabinet : 0665 43 59 76 Médecin : 0660 74 80 80
Email : safsafyabdellmjd88@gmail.com

ORDONNANCE

A

Le 1/11/2022

1 = El Kout Hou ~~20 ml~~
75,70 D. Dintuor 20 ml
40,00 mg
② Effiexin 20
14,00 D. Dolipr. 30g
15,70 ④ Tops 6x10 ml
99,70 ③ Minostane 25x30g
140,00

298,10 ⑥ Teph - 1 gr x 8

PHARMACIE NAPOLEON
Angle Rue de l'Industrie sur Giane
et Rue des Papillons N° 1
Oasis Casablanca
Tel: 052225 08 84

EFFIPRED[®] 20 ml
PPV 40DH00
EXP 09/2025
LOT 200183

PPV: 14DH00
PER: 11/23
LOT: J3035

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
LOT 22E020
PER: 03/2024
P.P.V: 150H70

6 118000 060901

ions traumatiques ou infectées,
utiliser? Etendre une couche d'un
issuyé soigneusement les restes
e gaze; jusqu'à cicatrisation
nts.

arma,

PPV: 140,00 Dhs



زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 12 2023

P.P.V.

79 70

LOT N° : FW5713

09366030/4

ياسمين الحلو فيلاي صيدلي مسؤول
منتخبات الصيدلة فارما ٥

٢٢٧٠