

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 Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : B. BOUZIAD KERBABA

Date de naissance : 23-09-1950

Adresse :

Tél. : 0662.119.10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/11/2012

Nom et prénom du malade : M- BOUZIAD KERBABA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : B.

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 : 11/12/2012

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 Pajement des Actes
24/11/2013	Consultation	10	200 Dhs	Dr. HUMA S. ABDULKADIR 06.01.2013 abdulkadir1@yahoo.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	092064559	24/11/2023 356,805514

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
				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

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hilmy ABDELMAJID

Assermenté Auprès des Tribunaux

MEDECINE GÉNÉRALE

الدكتور عبد العجيد حلمي

طبيب ملحق لدى المحاكم

الطب العام

ORDONNANCE

Casablanca, le

٢٤ / ١ / ٢٠٢٣

الدار البيضاء في

M - Ben Yousra Kebir MS

الدكتور حلمي عبد العجيد
Dr. Hilmy ABDELMAJID
طبيب ملحق لدى المحاكم
شارع العهد بن بركة ١٥٨
06.61.20.13.34 - 05.22.20.87.58
Abdelhilmy1@yahoo.fr

LOT : 9112
PER : 05-25
P.P.V : 180 DH 00

١٨٠,-

١/ VECA 10

١٨٥,-

٢/ IXOR 20

٢٧ - ٢٩ الدار

٣/ Magesfam 160

٢٤ - ٢٧
٣٣٦٩٠٥١١

Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h

صيدلية تاما سرويف
Pharmacie Tama Srouf
Dr. ABDELMAJID Dossou
4, Rue Tama Srouf
10000 Casablanca
Tél. 05 22 20 87 58
Abdelhilmy1@yahoo.fr

20

comprimés orodispersibles
voie orale

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2024

LOT 26037 5

Dr. HILMY

طبيب ملحق لدى المحاكم
شارع العهد بن بركة ١٥٨
06.61.20.13.34 - 05.22.20.87.58
Abdelhilmy1@yahoo.fr

بالموعد

Avenue Mehdi Ben Barka (Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58 - Gsm : 06 61 20 13 34 - E-mail : abdelhilmy1@yahoo.fr

١٥٨ شارع العهد بن بركة (مقبرة سابقا) - بوركون - الدار البيضاء