

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-533387

AS4632



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12482

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAFAI AMAL

Date de naissance :

03/11/1983

Adresse :

65, OULFA Extens: Al WIAM / Residence
Timoore App 07 - Casablanca

Tél. :

0662 16 4999 Total des frais engagés 383 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22 FEB 2023

Nom et prénom du malade :

RAFAI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

24 MAR 2023

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 :

CASA ACOUEIL

Signature de l'adhérent(e) : 20/03/23

Le : 20/03/23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin atteignant le Paiement des Actes
22/11/2023	✓	21500h 4		Dr. MOUTAMID OMAR Médecin Généraliste Echographie Groupe B1 Imm 1121 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
<p>CHAUVEAU 14/17/31</p> <p>1. M. HAYEL 2. MED SEBOU 3. CATÉ 05/22 4. 09/23 R09</p> <p>INPE092030946</p>	22/09/23	233,20

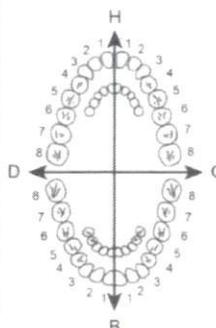
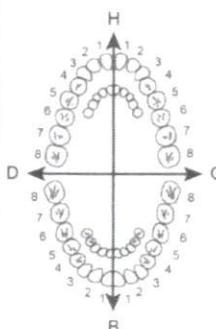
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
OD.F PROTHÉSES DENTAIRES																			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B	00000000		00000000	35533411		11433553
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	G		B																
	00000000		00000000																
	35533411		11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور محمد عمر

- Médecine générale
 - Echographie
 - Médecin agréé par
le ministère de la Santé
 - Visite Médicale
 - Permis de conduire

- الطبع العام
 - الفحص بالصدى
 - طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
 - فحص طبى
 - رخصة السيارة

Ordonnance

Casablanca, le 22 FEV 2023 البضا

RAFAI Ameel.

1) Predicción 20 m3 ~~2~~ 40100

2) Reemplazar 300 ~~2~~ 83,70 07 m3.

3) Reparación Sup ~~2~~ 79,50 100 díces x dí.

PHARAOH A.CIE HAY EL
252 BOUQUED SEBOU
CASA BLANCA Tel: 05
CNP: 5 fm.

Koelst 2009
oma!

Dr. MOUAMID
Médecin Généraliste
Echographe
Al Firdauss Groupe B1 Imm 1
Appt 1 El Oulta - Casablanca
Tel. 05 22 93 41 34

Résidences Al Firdaousse
Groupe B1 Imm.11 Appt 1
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 41 31

إقامات الفردوس مجموعة
العمراء 11 الشقة رقم 1 الألفة
الدار البيضاء
الهاتف: 0522934131

ROMAC® 300 mg

7 Comprimés pelliculés



6 118000 230274

KALEST 20 mg

Oméprazole (DCI)

7 gélules



6 118000 340041



8 435100 844353

PREDNI 20 mg

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753

Contenu net: 150 ml

Lot: 220222

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH

صيدلية حسي الوئام
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD QUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31
INPE: 092030910