

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.

157257

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7375

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WAHIBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

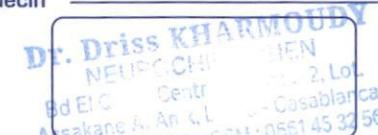
Adresse : Habtmelle

Tél. : 0663111743

Total des frais engagés : 300 + 326,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2023

Nom et prénom du malade : YOUSSEF LIATI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de goutte

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 : Casablanca

Le : 10/04/2023

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
01-24-23	91		300000/-	
				Dr. DEEKSH KHARADE NEEDS Kare Aman 54 32 58 - GSM: 0561 45 32 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Aman Jdeidat Dr. Houda Aman Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12 Hay Osra II - Ain Chock, 12050</i>	01/04/23	<i>326,80</i>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			

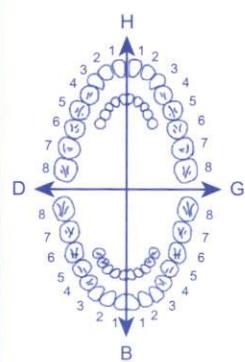
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Driss KHARMOUDY

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie des maladies

du système nerveux, du crâne
et de la colonne vertébrale

Diplômé de PARIS

Sur Rendez-vous



Dr. Driss KHARMOUDY
Neurochirurgien
Bdt Assakane Al Anik
Tél: 0522 54 32 58 - 06 61 45 32 56

S.V

35,70 - Alginate 100g

4- MAID
LATE FA

LOT 223840 1
EXP 11/2025
PPV 35.70

28,80 x 2 = 57,60
- Vitamine E 100ml

S.V

PPV
LOT 28,80
PER

53,00 x 2 = 106,00
- Di Indo 50mg 100ml

aps m 28,80

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
dispersibles
PPU 53DH00
EXP 11/2024
LOT 28009 1

19 x 2 S.V
- Dody (28 ml) au m
180ml

Pharmacie AMAN
Dr. Houda A
Bd. TAH Rue 17, P
Hav Ostra 11 - A

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
dispersibles
PPU 53DH00
EXP 09/2024
LOT 24019 3

Bd El Qods, Centre Diamond 2, Lot. Assakane Al Anik, E

مركز دياموند 2، بجزئه السكن الأنيق، الطابق 3، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 54 32 58 - 06 61 45 32 56

الدكتور ادريس خرمودي

إختصاصي في جراحة

أمراض الدماغ والأعصاب

والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

01-04-23

PPV
LOT 28,80
PER

LOT PER

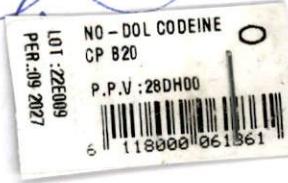
Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
dispersibles
PPU 53DH00
EXP 04/2024
LOT 211480

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
dispersibles
PPU 53DH00
EXP 09/2024
LOT 24019 3

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00 DH

28,00 - Nodul codene 102 H. S.V.

Pharmacie AMAN بيدلية آمان
Dr. Houda Aman
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Hay Osta II - Ain Chock
Télephone : 0522 54 32 66



DT. DRISS KHARMOUDY

Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Assakane Kifissia
Tel: 0522 54 32 66