

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0043497

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00516 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHLI L. HOUICINE
 Date de naissance : 01.06.1948
 Adresse : ENARA K RUE 14 N-11 988 AIN SBOUJA
 Tél. 0664 825594 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MOHAMED DAKHCH
 SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
 HAY MOHAMMADIE
 AV. C. IMM. 10 - N°1, CASABLANCA
 TEL. 022 62 01 95

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BRIOU Maima Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neurologie
 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 : 09/05/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

RELEVÉ 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
09 MAI 2023	G		30084	<p>D^r MOHAMED DAKHCH SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE HAY MOHAMMADIE AV. C. ILM - N°1, CASABLANCA TEL. 922 62 01 05</p>
	ks. u/jellouj		2008	
			5008	

09 MAI 2023

$$\begin{array}{r} 300 \times 4 \\ 200 \times 8 \\ \hline 500 \times 8 \end{array}$$

D^r MOHAMED DAKHICH
SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
HAY MOHAMMADIE
AV. C. IMM. 10 - N°1, CASABLANCA
TEL. 022 62 01 95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Marrakech Casablanca Tel. 05 22 21 11 6	9/5/23	 PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Marrakech Casablanca Tel. 05 22 21 11 6

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Citéablanca Tél. 05 72 21 09 76

Date
9/5/23

Montant de la Facture

PHARMACIE MOUNASSINE

390,959

034, Av. 2 Mars, Casablanca

Casablanca, Tel. 05 22 2 2 2 2

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires	
------------------------------------	--

A M

PC

IM

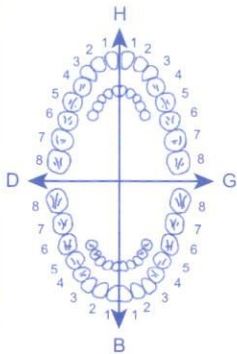
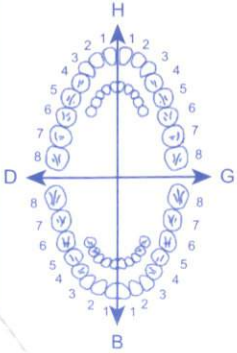
IV

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

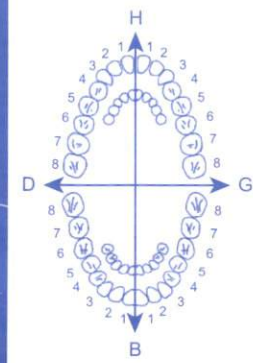
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

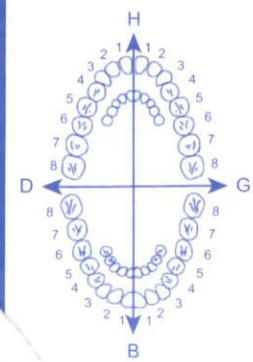
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed DAKHCH

Spécialiste en Médecine Interne

Ancien Médecin du C.H.U

IBN ROCHD

Rhumatologie - Maladies du sang

Ex - Chef du Service de Médecine

à l'Hôpital Bouafi

الدكتور محمد الضخش

اختصاصي في الطب الباطني

طبيب سابقاً بمستشفى ابن رشد

أمراض المفاصل - الأمراض الدموية

(الروماتيزم)

رئيس سابق بقسم مصلحة الطب

بمستشفى محمد بو الوافي

Mr Briou Maingy

Casablanca, le : 09 MAI 2023 : في الدار البيضاء

132,90

GASLINE 25

37,70 x 2 = 75,40

Depense del f

30,00

EXASOL 9

152,00

Arixib 90

PHARMACIE MOUHSSINE

MOUHSSINE Leila

834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I

Casablanca - Tél. 05 22 21 09 76

LOT 224111 1
EXP 12 2024
PPV 132.90 DH

02H02E:V
2202/1
2223

EXP 12 2023
PPV 30 00

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tél. 05 22 21 09 76

LOT : 230226
EXP : 02/2026
PPV : 152,00DH

DAKHCH
HAY MOHAMMADI
AV. C IMM. 10
Tél. 022 62 01 95

Avenue "C" IMM. 10 Hay Mohammadi - Casablanca - Tél : 05 22 62 01 95

E-mail : dr.dakhch.med@gmail.com