

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

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	4429	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL ODMA HASSAN	
Date de naissance :		Abderrahmane	
Adresse :		Hassan El Oued	
Tél. :		0634259293	Total des frais engagés : 1531,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	25/05/2023		
Nom et prénom du malade :	Dr EL ODMA HASSAN		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Santé Drâkha		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input checked="" type="checkbox"/> ALC	Pathologie : MUPRAS
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	M 01 JUIN 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 :	Casablanca		
Signature de l'adhérent(e) :	Le : 25/05/2023		

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
25.05 2023	C		200,00	Dr. Imrane MOUATASSIM MEDECIN AGREE par le Ministere de la Sante Visite Medicale - Permis de conduire 710, BD. Oued Sebou O. Ifrane Casablanca Tel: 05 22 73 33 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. ZAKHARIA SALIHI SARL AU PHARMACEUTIQUE SAIDI	15/05/23 TUNIS 05 22 91 16 54	1331.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagram B shows a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both sides. The teeth are arranged in a curve, with numbers indicating specific points or landmarks.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE

MÉDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE MÉTABOLIQUE

EXPERTISE MÉDICALE

SUIVRE HTA ET DIABÈTE



الدكتور عمران معتصم

الطب العام

دبلوم جامعي:

الفحص والتصدي

الطبي الاستعجالي

التغذوية والممية

الدورة الطبية

تنبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السيارة

Casablanca, le 25.05.2023

الدار يعتمد في

PHARMACIE SAIB
N° EL ODMA H 6
SARL AU
Dr. Zakaria SAIB
Hassana 4 Bd Oued Daoura
B4 Azhar - Casablanca
Tél 05 22 91 16 34

1/ Galvan 50/800 S 2 m 30 g
- - 0 - 0 - 1

2/ Carbosorb Transit 1 apr rep 15 g
0 - 2 - 1

3/ Inexim 203 0 m 14 g
1 - 0 - 0

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Permis de conduire
710.50. Oued Sabou O. 12 Casablanca
Tel: 05 22 91 33 27

Contrôle :

Consultation:

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 00168174900029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél. 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/8.0 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640/150MP/21NRO P.P.V : 82.10 DH
6 118001 020591

LOT : 220469
PER : 06/2025
PPC : 79.50DH