

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.

M22- 0029663

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3486**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUAL mohamed**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0668397993**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. IDRISI Abdelhamid
D.R.L et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chaouia - Casa
Tél : 05 22 22 01 41

INPE: 09107825

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **AYA T Fakima** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : **DEROUA**

Le : **14/10/2023**

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
5/6/2023 CS			250	Dr. IDRISSE Abdehamid O.R.L. Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casa Tel. : 05 22 22 01 41
12/6/2023			15100	Dr. IDRISSE Abdehamid O.R.L. Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casa Tel. : 05 22 22 01 41
INPRE 091078253 RELEVE DES ORDONNANCES Dr. IDRISSE Abdehamid 103, Rue Chaouia - Casa Tel. : 05 22 22 01 41				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur		Date	Montant de la Facture	
		05-06-23	166,60	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

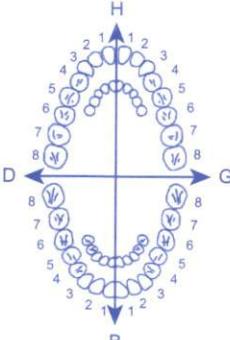
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

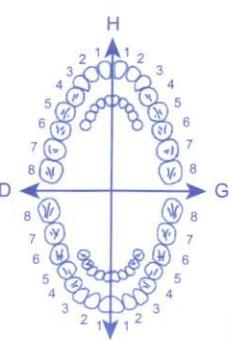
Important :

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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

NOTE D'HONORAIRE

Le DR IDRISI

12/6/2023

Prie..... A.You.T. Farine.....

D'accepter l'expression de ses sentiments
distingués et lui présente selon l'usage sa
note d'honoraire

pour :.....

.....

S'élevant à la somme de..... 100 D

Dr. IDRISI Abdelhamid
Oral et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chiaouia - Casa
Tél: 05 22 22 01 41



CABINET O.R.L

- NEZ - GORGE - OREILLES
 - CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
 - CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISI

DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

Casablanca, le 5- 6- 2023

LA PHARMACIE
06 20 74 810
Casablanca
DR. G. A. DE ROUA
N° 4 - CASABLANCA
TÉL. 022 51 47 02

El. 110066 VI
① Leptothyrox 100 ? Si
in 1 J 6 mers
20.20

6 20,20
05 pas 
166,60 3 gутте 2f/1

Dr. IDRISI Abdellah
ORL et Chirurgie Face et C.
103, Rue Chaouia - 41
Tél : 03 22 22 01 41



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Lot. 3714
Per.: 01 2026
BIOCODEX MAROC PPV 20/20 DH