

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-793011

165169



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : 12327		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : MDA GHRI FILALI MOUNIR		
Date de naissance : 02/08/1985		
Adresse : Les VILLAS DES PRES N° 132 DAR BOUZA 22A CASABLANCA		
Tél. : 0661087775 Total des frais engagés : 545,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

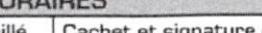
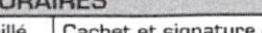
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Dr. ANSAR Abdellah Médecine Générale 1028 Littoral 2 Dar Bouazza 1010522290862 - INPF: 121015530		
Date de consultation : 07/06/2023		
Nom et prénom du malade : MDA GHRI FILALI MOUNIR Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : rhayez - benn - bague		
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

Signature de l'adhérent(e) :

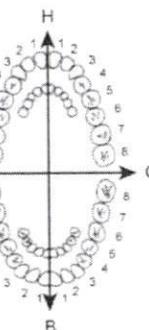
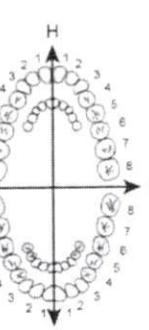
Le : 14/10/2023

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
07.6.93	C	1	150,- Dh	 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AB & M PHARMACIE Parc Errachidia Tél: 05 22 89 15 61</i>	<i>07/06/2023</i>	<i>395,00</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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"/> / <input type="text"/>																			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
		MONTANTS DES SOINS																			
		DEBUT D'EXECUTION																			
		FIN D'EXECUTION																			
			O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
				H	25533412	21433552															
					00000000	00000000															
				D	00000000	00000000															
					35533411	11433553															
B																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
[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 Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

MEDECINE GENERALE

Expert au près les Tribunaux
R.D.C Lot. Littoral N° Dar Bouazza
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدكتورAnsar عبد الكريم

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا

الطب العام

خبير محلف لدى المحاكم

رقم 28، الساحل ॥ دار بوعزة

الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 07 - 6 - 2023

دار بوعزة في:

M.DA OTHRI FIZALI

TOUNIR

200 x 200 cm (200x200)



1500 C. x 300

14950

0 Réservoir



1500 C. x 300

4000

0 Max



1500 C. x 300

6150

0 Robinet



1500 C. x 300

ATLAS PHARMA
PHARMACEUTICALS
P.O. Box 121011530
Dar Bouazza
Tel: 0522 29 08 62

M&M PHARMA
PHARMACEUTICALS
P.O. Box 121011530
Dar Bouazza
Tel: 0522 29 08 62

Dr. ANSAR Abdelkerim

Médecine Générale
Lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza
Tel 0522 29 08 62 - N°F: 121011530

Unizitro®
Azithromycine

500 mg

3
Comprimés pelliculés

LOT 224387
EXP 08/24
PPV 72DH00

Voie Orale

Unizitro®
Azithromycine

500 mg

3
Comprimés pelliculés

LOT 224387
EXP 08/24
PPV 72DH00

Voie Orale

أميلاز®
دريم

200 U.CEIP/ml

الفا أميلاز

49.00

14 comprimés sécables

Uniquement sur ordonnance

15 mg

Mobic®

Meloxicam

CURAFLEX®
Collagène - Acide hyaluronique Sachets



6 111261 640073

Lot : VT774

A consommer de 11/2025
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

PPV: 61DH50
PER: 01/26
LOT: M094

