

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

176976

Déclaration de Maladie : N° S19-0005325

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9135 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : RENKADMIR BRAHIM Date de naissance : 21.07.69

Nom & Prénom : RENKADMIR BRAHIM

Adresse : 30 OUED MELOUZA 11^e 234 HAY EL OULFA

Tél. : 0661734500 Total des frais engagés : 1537,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/2023

Nom et prénom du malade : RENKADMIR BRAHIM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Diabète type II

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 :

Le : 27/09/2023

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
05/07/2023	C1		200.00 Dh	<p>Dr. <u>BETTACHE Achraf</u> <u>Medecin Generaliste</u> <u>Bd Oued Tassanout, 10 N36</u> <u>Outfa - Casablanca</u> <u>Tel 06 45 55 06 54</u></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE WILAYA MELLOUJ ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 228-222-224 Bd Oued Moutouya E 00118104123 Casablanca Tel: 0522 905718 Ref: 002291220000071</p>		1337,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

www.ijerpi.org | 2020, Vol. 10, No. 1 | ISSN: 2231-1210 | DOI: 10.5120/ijerpi2020v10i1p1-10

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 05/07/2023

o Mr BENKADMIR BRAHIM.

1). Janumet 50/850 (02 Boîtes)
Rep x 2/j

2). Amarel 4 mg (07 Boîtes)
Rep 1/j

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N36
Casablanca
Quartier Casablanca
Tél. 06 46 55 06 54

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

FACTUREN°: 18/23

Client : BENKADMIR BRAHIM

Adresse :

Ville : CASABLANCA

ICE :

Date : 28/04/2023

Page : 1/1

Date	Forme	Produit	PPM	Qantité	Total
28/04/2023	CO	JANUMET 50MG/850MG B : 56 CPS	428,00	2	856,00
28/04/2023	CO	AMAREL 4MG B : 30 CPS	68,80	7	481,60
					Total 1 337,60
					Remise
					Net 1 337,60
Dont TVA		0,00			

Arrêtée la facture à la somme de :

Mille Trois Cent Trente Sept Dirhams, Soixante ctms

