

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 : 0661 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL LOUIZ MILouda

Date de naissance :

17/08/89

Adresse :

Tél. : 06.12.90.7.907 Total des frais engagés : 727,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : Mr. EL LOUIZ MILouda Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pauline articulaire

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

Le : 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

A. BOUAFIA

ACCUEIL

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
11.09.23	C.S		300 P.M	Dr. Moulouyé RHUMATI- Arc't 3 Et 2 Mars et 2 Avril 2023 App't 3 - TAI: 1522.83.30.2 E mail: moulouyem@outlook.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MOULINS SA 24, AV. 2 Mars Pôle Isère Haute Iséleance Tel. 05 22 11 09 75</i>	<i>11/09/2023</i>	<i>487,00</i>

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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 00000000 D —————— G 00000000 35533411	21433552 00000000 B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	G			MONTANTS DES SOINS
D	B			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**دكتورة مريم تويمى
بنجلون**

- أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم
 - الفحص بالصدى (باريس)
 - أمراض هشاشة العظام (باريس)
 - التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطنى (باريس)
 - العلاج بالأدوية البيولوجية

DULASTAN®

Boîte de 20 comprimés

دولاستان®

علبة من 20 قرصاً

37,00

= 74,00

1 DULASTAN

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

2 INESO 20

1x2/5



VITANEVRIL® FORT 100 mg

PPV

LOT

PER

28,80

11.09.2023

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

37,00

61180003600631

LOT: 1672

PER: 01-26

PPV: 144DH50

3 VITANEVRIL FORT

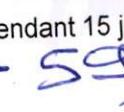
1x2/5



1 le matin, à midi et le soir, pendant 14 jours.

4 SEDAI

1x2/5



VITANEVRIL® FORT 100 mg

PPV

LOT

PER

28,80

5 BREXIN SACHET B10

1x2/5



1 à midi, après le repas, pendant 10 jours.

6 NEWFLEX WARM UP GEL

1x2/5



SEDALGIC®

LOT : 230568

EXP : 04/2025

PPV : 29.50DH

1 application le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN

487,00

Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage - Appt N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA

زاوية زنقة أمستردام وشارع 2 مارس الطالق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com

SEDALGIC®

20 Comprimés pelliculés

6118000083092

PPV : 29.50DH