

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 |

JE garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Declaration de Maladie

N° W21-814073

A 28397

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10939	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BOUAYAD ICHAM		
Date de naissance : 61/12/73		
Adresse : Lot ORPACAIN Rue 38°23 Aïcha		
Tél. : 06 61 24 16 42 Total des frais engagés :		
Docteur Mostafa BENMIMOUN MEDECINE INTERNE 27, Rue Ilya Abou Madi (Bd B. Roudani) Casablanca - Tél: 0522 29 82 28 		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 10 AOUT 2023		
Nom et prénom du malade : BOUAYAD ICHAM		
Age:		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan		
Nature de la maladie :		
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'adjudication conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : Le : / /		
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
10 AOUT 2023	Ca	62	4360,00	INP: 091166298 Docteur MESSALI ENNIMOUN MEDERINE INTERNE
				27 Rue Iliza Abou Madi (Bd B. Soudani)

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DER Dr. Adi ABOU RUE EL KHOURI ANT LEBANON - TEL: 03221223	10/08/2023	182,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉTALLIQUES

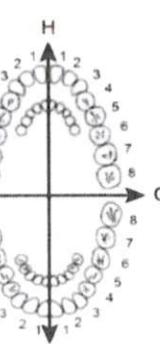
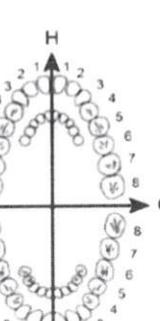
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	$ \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

CAB'

LOT : M0998
PER : 02/2025
PPU : 38,00DH

Dr. M.

Diplômé d'
Faculté d'

PPV : 46DH00
PER : 01-26
LOT : 1672

ÉCLA

PPV
LOT
PER

طفى
الباطنة
بيمار و
سانت ا

18,90

لباطنة - الامراض المجمووعية - الامراض الكبri - امراض العظام والمفاصل - امراض الشرايين

Maladies de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire

Casablanca le : 10 AOUT 2023

NEOFORTAN 160 mg

LOT : 2805
EXP : 09/2025
PPU : 98DH50

6Y6281
P.P.V : 370H70
12/2027

Mme BOUAYAD Ilham
37 Ans
Dep Mediol 80

1 M.
34 Ans

Mydoflex

1 ~~10~~ x 10 gms

Vitanecut forte

1 ~~1~~ x 10 gms

37 Aframic 15 mg

1cp le matin après le repas x 10

46 Eryot 20

1 gélule le matin avant le repas

PHARMACIE DERB EL KHEIR
Dr Adil ABOUTIKA
Rue 23 N° 63-65-67
Derb El Kheir Ain Chock
Casablanca - Tel: 0522 21 34 23

GTIN: 06118001260850
LOT: 4048
MFG: 09 2022
EXP.: 09 2025
PPV: 94dh500



PPC: 139,50DH
Lot : 01100
A consommer de
préférence avant le : 12/2024

Carboxane®
Gélules

Flora

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilya Abou Madi (Bd B. Roudani)
Casablanca - Tel: 0522 29 82 28

3. Weeghtan 160

1 q arant repas x 10 jns

139,50 Carboxane flora

1 - 130 - 1
après les repas

TOTAL

Total 482,80

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
27, Rue Ilya Abou Macht (bd B. Roudani)
Casablanca - Tel: 0522 39 62 18
09 1 52 39 62 18

PHARMACIE DERB EL KHEIR
Dr Adil ABOU TAKA

Rue 23 N° 63-65-6
Derb El Kheir Ain Chock
Casablanca - Tél: 0522 21 34 23