

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.

N° W21-627204

184720

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10526		
Société :	R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KAÏMEZ - ABDELLAH			
Date de naissance :	20-06-1974		
Adresse : Rue 06 N° 16 ELAGIA NEAY ELOULFA			
Tél. :	06 62 3391 20		
Total des frais engagés :			1936,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

97/11/2023

Nom et prénom du malade :

KAÏMEZ ABDELLAH

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension artérielle + 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 : CASABLANCA

Le : 29/07/2023

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
22/11/23	Ca	200		INP : INPE-061300711 Dr. BETTACHE A.C.H. Médecine Générale Boulevard Oued Sebou N°36 El Oued Casablanca Tel 05 22 90 69 08

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Laboratoire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAHEDDINE CASABLANCA	27/11/23	1396,70

INPE

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

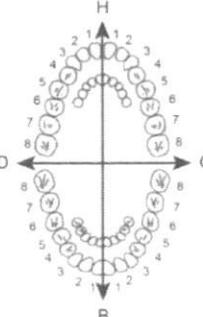
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Para M. S.A.R.U. A.U. Wifak 1 Bd. Oued Sebou N°36 El Oued - Casablanca Tel. : 05 22 90 69 08	27/11/23					Para M. S.A.R.U. A.U. Wifak 1 Bd. Oued Sebou N°36 El Oued - Casablanca Tel. : 05 22 90 69 08

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	INP :
				INP : _____
				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

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
00000000	35533411
G	11433553
B	

(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

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

2041,00

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/11/2023

Mr KAIMES ABDELLAH

1) SV Coveram 10/10 229,00 x 3

(03 Bâts)
294,00

2) SV Diaminicon 60 my (03 Bâts)
78,70 x 3

78,70

3) SV ADD 7z (04 Bâts de 30g)
43,30 x 4

78,70

Para Mcnis S.A.R.L. Aïn El Oued 1 Bd. Oued Tassaout N° 901
Wifak 1 Bd. Oued Tassaout N° 901
El Oued - 20000 Casablanca
Tel. : 06 22 91 50 08

4) SV 1 pmsme x 3 lq
30,80

LOT : 1692
PER : 01 - 28
P.P.V : 30 DH 80

5) SV 1 pmsme x 3 lq
37,30 x 2

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 651093
6 118001 141364

6) SV 1 pmsme x 3 lq
1 pmsme / semaine
1336,70

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 651093
6 118001 141364

Dr. BETTA
Medecin
Bd Oued Tassaout
El Oued - 20000 Casablanca
Tel. : 06 22 91 50 08

Bd Oued Tassaout, Gr «E» Rue N°36, 1er étage, Lot El Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 50 40

43,30

43,30

43,30

43,30



Facture

Numéro	Date	N° télécopie client
FA2020992	27/11/23	
Référence		N° intracom. client
P00108		

KAIMEZ ABDELLAH

ICE :

CASABLANCA

Référence	Désignation	Qté	P.P.H	Remise	TVA	Montant TTC
P00108	BANDELETTE DE GLYCEMIE ON CALL PLUS 50	4,00	100,00		20	400,00

Para Mcm S.A.R.L. A.U.
Wifak 1 Bd. Oued Sebou N° 967
El Quate Casablanca
Tél. : 05 22 90 69 08

Code	Base	Taux	Taxe	Total HT	Escompte	Port HT	Total TTC	Acompte	NET A PAYER
C20	333,33	20%	66,67	333,33	0,00		400,00	0,00	400,00
Conditions de règlement : le 27/11/23 ESPECE 400,00									
Total	333,33		66,67						

Page

PARAMCM | WIFAK 1 967, Bd Oued SEBOU Hay ELOULFA - CASABLANCA

Tel.: +212522906908 Email : paramcm2@gmail.com

Banque : AWB | RIB : 007 780 00 0111700000592 74 - R.C : 337771 - I.F : 15298461 - PATENTE : 35065241 - ICE : 000307143000057