

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 :	1246	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL YAALAOUI MOHAMED A 85914	
Date de naissance :		01/01/1948	
Adresse :		Z. Rue TAHANAOUTE - HAY ESSALAMI CASABLANCA	
Tél. :		06.61.14.16.37	Total des frais engagés : 1414,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2023

Nom et prénom du malade : EL YAALAOUI Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection neurogénique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

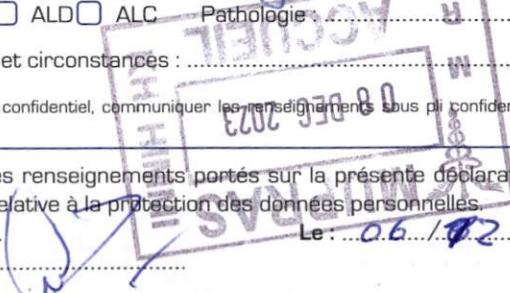
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

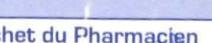
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 06/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Hicham Tazi Pharmacien Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Tel: 05 22 36 13 05	05/12/23	914,50

8

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
					Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
						DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
			H	25533412	21433552													
D			00000000	00000000														
B			00000000	00000000														
G			35533411	11433553														
					[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

297 . 00

LOT
EXPIRY

Psychiatre Psychanalyste

Mob : 06 70 800 080
INP : 91047001

Dr. Houda
HJIEJ

Pédopsychiatre
Psychothérapeute
Mob : **06 15 640 140**
INP : 091035592

297.00

LOT
EX-
PPV

IF - 53720714
ICE - 003251882000094



Enfants - Adolescent - Adultes

→ 23,50

Casablanca le :
05/12/2023

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

297,00
+ 3
23,50 1- FLUOXET 20 MG. GELULES :
2 gélules après le premier repas
2 - URBANYL 10 MG. CMP. :
 $\frac{1}{4}$ cmp. le soir

1's

1's

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

R.V. LE : mardi 05 mars 2024 à 15 heures.

Centre Pharmaceutique Zerkouni
Dr Khalid EL ALJ
70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca
Tel: 0522 77 73 31 - 0522 47 25 85 - 06 70 30 00 80

PHARMACEUTIQUE ZERKOUNI
Hicham TLA
Chambre des Chirurgiens Casablanca C.I.L
Casablanca - Tel: 05 22 36 13 05
42, Rue d'Ifrane Hay Slaoui Casablanca C.I.L
05 22 36 13 05

05 14 6