

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 091441

Société : RAM 186229

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOATAQID BRAHIM

Date de naissance : 30/03/1966

Adresse : A mal 1 Rue 32 N°4 Bernoussi CASABLANCA

Tél. : 06 19939553 Total des frais engagés : 476,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/23

Nom et prénom du malade : EL MOATAQID Brahim Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension (Anticholestérol)

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
- 2 DEC 2023			150,-	DR. FEUZ RAIS Omnipraticien - Nutrition Diabetologie - Sport - Mesotherapie Amal 2 Bd Ahmad Ben Bassoussi - 101 022 73 31 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr NABIL	02.12.23	326,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

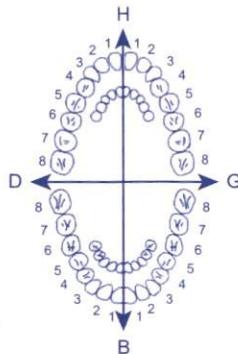
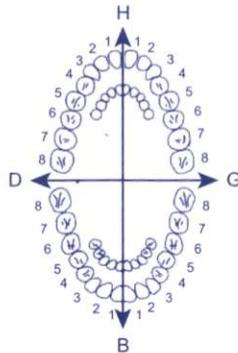
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad RAÏS

Omnipraticien

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique

Nutrition

Cholestérol-Obésité

Médecine du Sport-Mésothérapie



الدكتور فؤاد رايس

الطب العام

دبلوم جامعي لداء السكري

دبلوم جامعي في علوم التغذية

الحملة

الكيسترون - السمنة

الطب الرياضي - مزوترابي

Casablanca, le : - 2 DEC. 2023 الدار البيضاء في

EL MONTAÑIS REGIMEN

89, 22

12

- AYTOR S

15

Mr. G.M.
6-2-02

Lovanic

34. To 140, ¹¹ GY

PECT RY  Drop

42,801-1-1-81

DASEN

$$18.30 \quad 2 \times 2 = 4$$

326.56 81

05 22 733 174 - الهاتف: 41- سيدى الرنوص، الداد السلا - رقم 41، شارع محمد السادس، الدار البيضاء - موريتانيا

Amal 2, Bd Ahmes Ben Bassou N° 41 - Bernoussi - Casablanca - Tél : 05 22 733 174

Dr Fouad RAIS
Oncopratricien
Diabetologie - Nutrition
Medecin du Sport - Mésothérapie
12 Bd. Anmed Ben Messel 1005
Tunisie - Tel. 02/388114

UT.AV : 04/2026 P.P.V. :

89 20

LOT N° : HL 0322

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

Vita C 1000®

PPV 5DH30
EXP 04/2026
LOT 34037 14

PPV 34DH70 EXP 05/2026
LOT 35033 1

PECTRYL®

SIRUP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

250 ml

139,50