

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Matricule : 4429 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ODMA HASSAN

Date de naissance : Adhérent

Adresse : H2SIT

Tél. : 06 34 25 92 93 Total des frais engagés Dhs

Cachet du médecin :

Docteur AMINE Abdellah
Spécialiste des Maladies de
L'appareil Digestif
13, Bd. Mohammed V - Casablanca
Tél: 0522 27 22 82 / 0522 27 56 65

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : YB EL ODMA Hassan Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Digestive

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

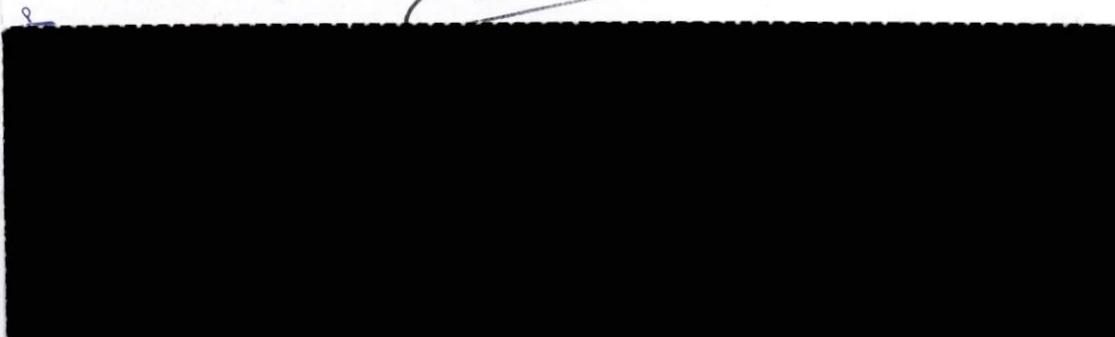
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 02/11/2023

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 Praticien attestant la validité de l'acte
08/11/23	G+ER		300.00	Docteur Hassan Abdalla Spécialiste en Médecine de la Dentition 13 Bd Mohammed V 228210522215665

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAB	02/11/23	1351.34

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AMINE Abdelkader
SPECIALISTE**

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant
Hôpital BEAUVON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE
de l'Université de paris
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V
Tél : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65
CASABLANCA

الدكتور أمين عبد القادر

إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابقا بمستشفى
بوجون بباريس

شهادة الدراسات العليا الجراحية و علاج البواسر

وشهادة الكشف بالصدى

جامعة باريس
الكشف بالمنظار

شارع محمد الخامس 73

الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 - 05 22 27 56 65
الfax: 05 22 27 56 65
الدار البيضاء

Casablanca, le 02/1

Mr ELODMA Hassan

24.00 CARBOSYLANE gélules
2 gélules, 3 fois par jour
bte

S.V N°1

/ avant repas

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE -
Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH

6 118001 070893

21.00 LIBRAX CP N°1
1 comprimé le soir / après repas

S.V N°1

/ 1 bte de 30

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



LOT/23068 PER 04/2026
PPV 21.00 DH

1 bte

122.30 DICETL 100 mg CP N°1
1 comprimé 3 fois par jour
de 30

N°1

/ .

274.00 I.B.S. GELULES N°1
1 gélule le matin avant repas pendant 30 jours

S.V N°1

/ .



6 111261 750086

PPC: 274 DH

761 05 22 91 16 54
EI AZHARI - OUDRA CDBA
15/4, Bd Ouedra
Dr ZAKOURIA SAB
PHARMACE SAB
SARL - AU
www.docteuramine.com

dramine73@hotmail.com

