

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11679

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELIDRISSI YOUSSEF

Date de naissance : 20/04/1976

Adresse : Av. 16 Novembre 1957 Ain el hachem

Télé : 0662 210 324

Total des frais engagés : 358,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2023

Nom et prénom du malade : ELIDRISSI SORAYA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 02/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : 27/11/2023



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02 11 23 | c | 01 | 150,- | Docteur Mohamed AITIK Médecin du Sport Naturologue Expert assuré Tél : 0522 26 11 / 0522 06 84 78 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE M. THEVENIN CLIAU AURELLE DODS CASALANCA PARIS 75016 | 08/11/23 | 108,30 DHS |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| ANICHO CASALANCIA LUSIHAMER ALDO | | | |
| LILIANI ABDELLAH | | | |
| HARMAK-HAMMACHE | | | |
| ABDELHAK | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Docteur Mohamed AATIK

Doctorat en Médecine



الدكتور محمد عتيق
دكتوراه في الطب

Casablanca, le: 21/11/2023

متعذر العمارمان

· مائز على شهادة الصيدلي الرياضي

العمية - التغذية الرياضية

· الصيدلي الرياضي - الترويض التصوير

· الصيدلي الصيفي

· مائز على شهادة الخبرة الصيدلية

و التعريف القانوني للضرس المادي

· غير فضولي ميلان لدواعي العناصر

• Omnipraticien

• Diplômé en Médecine du sport

• Nutrition - Diététique sportive

• kinésithérapie
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique de Dommage Corporel

• Expert Judiciaire
Assermenté auprès des Tribunaux

M0663 43 37 77 88 88 88 57 16 86
N°001055 HAMRAZ AV AL Qods
El DAIWI Abdellah
PHARMACEUTICAL M CENTER SA

EL IDRISI Sou Leinen

93,40 11 offken 100 g dup
le port 10 g

17,50 21 Deliphathane 5g
le pot 5g

22,50 31 Brufen 500 mg
100c & 2g

30,00 41 Prospan 80 ml
100c & 2g

27,40 51 Zestel

PROSPAN Siroop 100
PPV : 30.00 DH



0522508403
الفاكس : 0522508403

Hay My Abdellah Bd.
20480 - Casablanca

E-mail : atatikmohame

Flacon de 60 ml

27,40

27,40

192,50

PPV(DH):

Lot N°:

UT. AV:

BRILEEN®

PPV 17D150
PER 05/26
LOT M1633
17,50

93,40