

RÉCOMMANDATIONS 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.

M23- 0027140

Optique Autres

189566

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3183 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL AMRANI TOUTEY Abdellah

Date de naissance : 11.12.1953

Adresse : VILCA F. Latissement TOURIA BOUSKOURA

CENTRE CASABLANCA .

Tél. : 0661525001 Total des frais engagés : 751M... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : G...

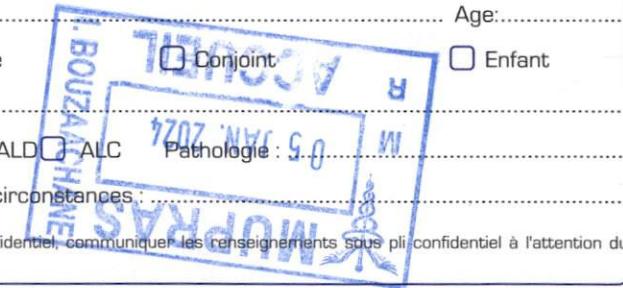
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 6/11/2024

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
02/01/24	65	01	100.0 H	<i>Médecin Généraliste Dr. Rachid APT 12-2ème étage Bab El Khemis Centre - Tel: 0524 22 12 12</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
<i>La Pharmacie MARASIR</i>	02/01/24	651.00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

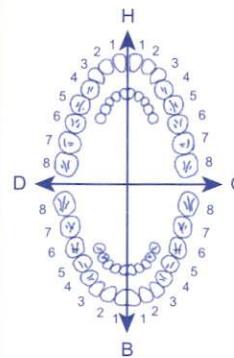
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

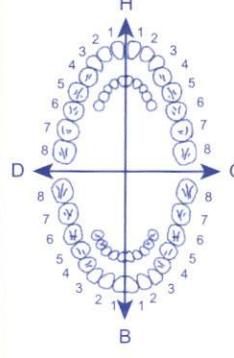
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	
B	00000000	00000000	
	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

Dr SAFAA SALMI

Omnipraticiene
Médecin Esthétique

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex Médecin Interne à l'hôpital
Moulay Youssef et Sidi Othmane
Agree par le Ministère de Santé
pour le Certificat du permis de Conduire



الدكتورة صفاء سالمي

طبيبة عامة
طبيبة تجميل

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى
مولاي يوسف وسيدي عثمان
مرخصة من طرف وزارة الصحة
لشهادة رخصة السياقة

Bouskoura le : 02/01/2021

Mr EL Amcani Souley
Abdelilah.

167.00

1) Neoclav. lg

15 x 21 = 315

LOT : 6562
PER : 08-25
P.P.V : 167DH00

37.40

2)

Neopred. lg

24 x 15 = 360

NEOPRED[®]
20 mg
suspension effervescente
PPV : 37,40 DH
6 118000 191919

15.70

3)

Toplexil

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
LOT : 04/2025
P.P.V : 15DH70
6 118000 060901

144.50

4)

Engol. lg

15 x 5 x 3 = 75

LOT : 3162
PER : 03-26
P.P.V : 144DH50

Rés. Rachidi : Appt 2, 12ème étage - Centre Bouskoura (en face de la poste et la Gendarmerie)

إقامة الرشيدى : رقم 12 الطابق الثاني مركز بوسكورة (أمام البريد و الدرك الملكي)

Tél : 0522 78 11 59 - E-mail : dr.salmisafaa@gmail.com

5/238100
Rozat 20
o - o - S 1 post

PPV: 238DH00
PER: 05/25
LOT: M1621-2

48,40
(6)

Gav: 500 ml. Sip

dcac x 3

Beckitt Benckiser Healthcare
Gaviscon Advance, l'épée et le ce
Utiliser dans les 6 mois après la date d'ouverture
AMM N° 08R1/2020 DMP/21/N
PPV: 48 DH 40

