

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

- 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.

N° W21-819834

196239

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11082			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : RAM
Nom & Prénom : DAHMANI MOHAMED			
Date de naissance : 29/10/1978			
Adresse : 195 BD lagronda de CASABLANCA			
Tél. : 0687858048 Total des frais d'hôpital : 1000 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Docteur DAHMANI MOHAMED Professeur Universitaire et Sage 250 Bd Abdelmoumen El Gued Rés. Aïrâas Abdellouâd Casablanca Tel: 0522 25 25 26 - 06 97 34 04 41 E-mail : 0661 14 74 41 N° SIRET : 20020522000001 N° CIN : 20020522000001 N° PE : 0661 010561			
Date de consultation : 22 DEC 2023			
Nom et prénom du malade : Dahmani Mohamed Age : 45			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Problème respiratoire + anorexie			
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) :



Le : 22/12/2023

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
Le 22/12/23	C + od + ex	300 DP	300 DP	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie Ouled Ziane	22/12/23	286,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

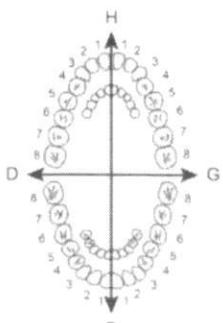
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			286,70

AUXILIAIRES MEDICAUX

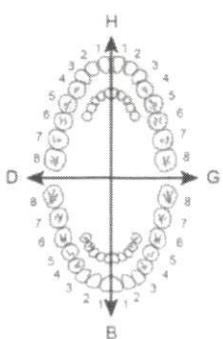
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mina OUMLIL

Professeur en pédiatrie

Faculté de Médecine
et de Pharmacie de casablanca



الدكتورة مينة أمليل

أستاذة جامعية في الطب الأطفال

كلية الطب و الصيدلة
بالبيضاء

Casablanca, le الدار البيضاء، في

22 DEC 2023

Dghilmani Ahmed

Demofix ٣٠

٨٧٣٥

١ Ap X ٢١ ج X ٧٥

antibiosuppose

١٩٤٦

٢٩٦ X ٢١ ج آ ست X ٥٤

١٦٣٠

- Souffreue

١ pulv X ٣١ ج X ٤٤

٣٢.٨٦

Versol n°

X ٢

١ flacon

Pharmacie Oumilil Tiane
Dr. A. R. INPE 2041
Bd. El Fida 60 - Ain Shifa 3
Casablanca 0522 852 959
ICE: 0522 854 000000015

Dr. Mina Oumilil
Universitaire Pédiatre
Abdelmoumen 1er Etage
Casablanca 25256 - 06 97 34 04 19
Tél./Fax: 05 22 25 25 26 / 06 97 34 04 19 - Email : oumlilmina@gmail.com - Urgence GSM : 06 61 14 74 41

250, Bd. Abdelmoumen Résidence Abrajes Abdelmoumen 1er Etage

Tél./Fax : 05 22 25 25 26 / 06 97 34 04 19 - Email : oumlilmina@gmail.com - Urgence GSM : 06 61 14 74 41

- Nurofen 

87,30

19,40 idose poich X3(1)

ANTIBIO SYNALAR

19,40

- Apixel

16,30

29,80 Alcool X3(1)



VERZOL®
albandazole

Suspension buvable
LOT : 23171
PER : 08/2025
PPV : 22,50 DH

29,00 Supposedel sp 200
Inj le soin x15

VERZOL®
albandazole
Suspension buvable
LOT : 23171
PER : 08/2025
PPV : 22,50 DH

286,10

Docteur Mina OUMLIL
Professeur Universitaire - Pédiat
230, Bât. Abdelloumen 1er Etage
Res. Aulajes Abdelloumen - Casab
Tél/Fax : 0522 25 25 26 - 06 97 34 0
Gsm : 0661 14 74 41
INPE : 091201061

19,00

Pharmacie Ouled Ziane
Dr. ASRI Jilhime
INPE : 091201061
Bd. El Figh - Casablanca - Chifa 3
ICE : 000495400000015

Lot
À consommer
avant le:
PPC: 79,50 DH

220999

12/2025

20,00