

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

- Reclamation : 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.

M23-005901

1932/1

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3128 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASMAOUI FATIMA

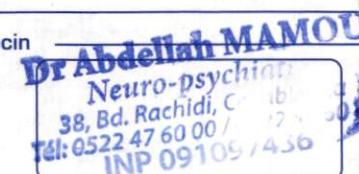
Date de naissance : 28.08.60

Adresse : 3, Rue A. Boul. MABII Mers SULTAN caser

Tél. : 0668469996 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14.02.2014

Nom et prénom du malade : HASMAOUI Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : trouble auxio-sensoriel

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 :

Signature de l'adhérent(e) : H. A. M

Le : / /

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
14/07/2014	consultation	1	40000	Dr Abou El Khatib 10/05/2014 1097436

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

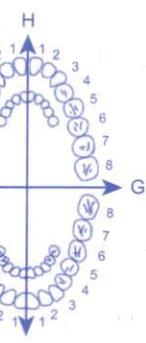
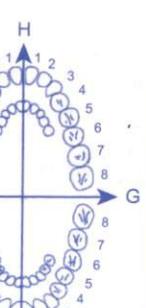
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتور عبد الله مامو Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex-attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسانية
حاائز من جامعة أنجبي على دبلوم
الخبرة الطبية.
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبيب محلف لدى المحاكم

الدار البيضاء في 14.02.24 Casablanca, Le

Estima HASNAOUI.

(190,70 x 3) S.C.I.T.A.P 20 ml 1 P moli 512,10
(35,40 x 5) Alprazolam 0,5 PHARMACEUTIQUE PRINCIPALE
236,00 - Isopentane 1 Mohamed Saïd LEBBAR
- Athymidol 30: 0 Pharmacien
(98,30 x 6) - Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
(56,60 x 5) - Tél: 05 22 23 11 10 - R.C. Casab: 149884
(51,30 x 2) - CIN: 1187647-IM: 50005302 - Patente N°: 34306256
Durée de Traitement 3 mois ICE N°: 00189777100004
INPE : 092049261 583,18
MAMOU 283,21 307,80

Durée de Traitement : 3 mois

R.D.V. le 14/03/2014
à 91430m

Dr. A. MAMOU
NEUROLOGISTE
ASSOCIÉ
28, Bld. Jules Ferry
92220 BOISSY-SAINTE-GENEVIEVE / 10

LOT 231298
EXP 09/2026
PPV 98.30DH

LOT 232113 1
EXP 06 2026
PPV 35.70

LOT KE30037
PER MAI 2025
PPV 90 DH 70

LOT 231383 1
EXP 04 2026
PPV 35.70

LOT 231384 1
EXP 04 2026
PPV 35.70

LOT KE30037
PER MAI 2025
PPV 190 DH 70



LOT 232113 1
EXP 06 2026
PPV 35.70

LOT KE30037
PER MAI 2025
PPV 190 DH 70

LOT 223866 1
EXP. 10 2025
PPV 35.70

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V:56DH60



LOT: 0107
EXP: AVR 2028
PPV: 51,30 DH

LOT : 230996
EXP : 07/2025
PPV : 236,00DH

LOT: 0107
EXP: AVR 2028
PPV: 51,30 DH

