

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.

Mediologie 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.

Educations :

- 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 canaux, 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 canaux.

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19- 0001753

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12837 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DGHAY Hicham Date de naissance : 10/02/1987
Adresse :
Tél. : 0522912509 Total des frais engagés : 384,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



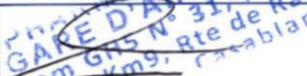
Date de consultation : 10/06/2019
Nom et prénom du malade : Hicham Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vertèbres
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 17/06/2019
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
10/06/19	CS		200.000	 Dr. El Bahmani RHUMATOLOGUE Rés. Chahab Imm F3 Appr N° 1 Bd My Mohamed El Bahmani Ain Sehad Casablanca Tél: 05 22 73 15 87

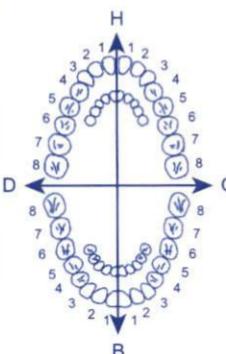
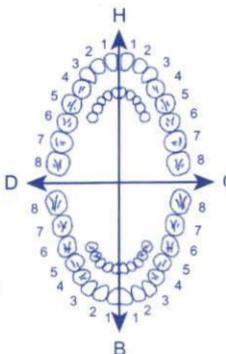
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06/1995	184,410 ₺

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NO - DOL CODEINE
CP B20

O

P.P.V.: 28DH00



6 118000 061861

LOT: 8MA054
PER.: 10 2023

NO - DOL CODEINE
CP B20

O

P.P.V.: 28DH00



6 118000 061861



FELDENE
20mg PIRROXICAM

10 COMPRIMÉS Dispersibles

UT. AV.:

LOT N.: 1 2 0 9 8 8 2

P.P.V.:

09366059/10

41,70



6 118001 030293

SIRDALUD® 4 mg

Comprimé pelliculé

PPV = 86,70 DH

FELDENE 20mg

10 COMPRIMÉS Dispersibles



6 118000 250616

Docteur Mohamed AMAR

Spécialiste en Rhumatologie
Diplômé de la Faculté
de Médecine de Paris

Résidence chabab, Imm. F3
Appt. N° 1 Bd. My Mohamed El Baamrani
(à côté de la clinique Firdaous) - Aïn Sebaâ
Casablanca - Tél. : 05 22 73 15 87

الدكتور محمد عمار

اختصاصي في أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والروماتيزم
خريج كلية الطب بباريس

إقامة الشباب عمارة F3 الشقة رقم 1
شارع مولاي محمد البعمراني
(بجوار مصحة فردوس) - عين السبع
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 73 15 87

Casablanca, le :

10/06/14
Mr. Hicham Dahay

1. DI PROSTENE : 1ml
1000 500

2. FELDENE 200mg : 1ml de 1000
40,70 1000 500

3. NADOL 100mg : 1ml
28,10 x 2 1000 500

4. SIRTAN 100mg : 1ml
86,70 1000 500

184,40

PHARMACIE DE LA
GARE D'AIN SEBAA
Imm GH5 N° 31, Projet
Aris, Km9, Rte de Rabat
Ain Sebaâ - Casablanca

الدكتور محمد عمار
Mohamed AMAR
RHUMATOLOGUE
Rte Chabab Imm F3 Appt N° 1 - Aïn Sebaâ
El Baamrani - Casablanca
Tél: 05 22 73 15 87