

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

Nº P19-0035899

Optique

95 986

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3578 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMIDI Ahmed

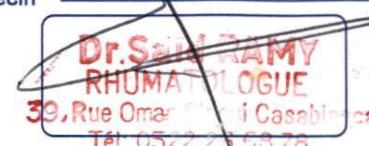
Date de naissance : 1944

Adresse : 132 Rue de l'Estrel Yaacoub Casablanca

Tél. 06 71 64 02 05 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAMIDI DR. SAI. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite

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 : _____ Le : 04/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-035899

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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
24.10.2015			30000	<i>DR SAIYED AKBAR KHUMAISI Signature : 0522.26.6878 Date : 05/11/2015</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMRANI MERTEM Pharmacie des Familles Angle Rue Bardie et Imam Tabarsi Tél: 0522.25.05.60	04/01/2020	571.30

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	

VOLET ADHÉRENT

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

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 d'exploration.

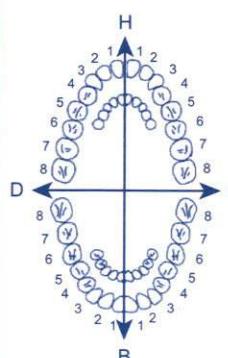
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)
Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colon vertébrale
Radiologie Osseuse



للدكتور سعيد للرامي
الخاص

خريج كلية الطب بلجيكوس فيرلانت فرنسا

طبيب معلن سابقاً بستفيارات فرنسا

أستاذ بالجامعة للطب

للترخيص للطبي

ل霖 لرسان للرسان

المقام الفاس، المضلاع

العمدة الفكري والرجل

للفحص بالأشعة

Casablanca, le

4/4/2023

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rue
de Normandie et Imam Tabatabai
Casablanca - Tel. 0522.25.05.60

1^{er} HABIBI DR 881 A
149.50
- curanti 103.00 1 F misi 1 min
51.50 KZ Per: 04/2023 PPV: 51DH50 S.V.
- Diflozante 6mg 1 F 1 min
56.30 56.30 DH 19F05-B 06/2021 S.V.
- D-cine 1 F 1 min 1 mg 1 F 1 mg
88.40 88.40 8740 S.V. S.V.
- Alou 10mg 1 F 1 min au 20 F
midin du repas
160.60 LOT: 19006 PER: 09/21 PPV: 160DH60 S.V.
+ 0 810 20 1 F 1 gel 1 F 20 F
14.50 T: 0074 R: FEV 2021 V: 14 BH 50 S.V.
- pain 10f 1 F 1 min 20 F
5f 1.30

Dr. Saïd RAMY
RHUMATOLOGUE

GSM : 0661 42 78 23 Rue Omar Slaoui Casablanca
Tel: 0522 26 68 78

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78
39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78
E-mail : saidram@hotmail.fr

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatalogue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colonnes vertébrales
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي

(اختصاصي)

فرع كلية الطب بالجامعة نيراث ترنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات ترنسا

أستاذ بالجامعة العليا

التربص الطبي

مراض الروماتيزم

العظام المفاصل، المقلات

المarrow النقرس والرجل

للعنصر بالأشعة

ANALYSES BIOLOGIQUES

Casablanca, le 4/11/2008

A^o SAID DRISSI A

- VS ↑, ure, stool, urine
urique, calcium ,

Dr Saïd RAMY
RHUMATOLOGUE
39, Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél: 0522.26.68.78

GSM : 0661 42 78 23

39 زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 0522 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr