

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-504425

27/05

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4151	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BDELK DOUR Brahim			
Date de naissance : 01/01/1949			
Adresse : 19 Lot Karam B^e La Meugue CASA			
Tél : 0663471851 Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Bouchaib DLANI			
Date de consultation : 19/05/2020			
Nom et prénom du malade : Rachida Benslimane			
Lien de parenté : Lui-même Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Chirurgie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Boellely			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **Boellely**

Le : **19/05/2020**

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
1915.10.20 W C + vrd			A.J. g.Vautier	INP : 0991241739 Bouchaib DYANE Société Générale Residence Espace Appt. 2 1er étage Casablanca Tél. 45-77-88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHAMPS 13 Avenue Léon Blum 92350 Levallois-Perret	13.05.2020	1786,82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H D B	H 25533412 00000000 00000000 35533411 11423552
--	----------------------------------	----------------------------------------------------------------------

[Création, remont, adjonction]
actionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

✓ On November 19, 1997, the Department of Transportation issued a final rule.

A diagram showing a 10x10 grid of points. Numbers 1 through 10 are placed at various intersections. Arrows point from the label 'D' to the leftmost column and from the label 'G' to the rightmost column. Arrows point from the label 'H' to the top row and from the label 'T' to the bottom row.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Bouchaïb DYANI

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ELECTROCARDIOGRAMME

CIRCONCISION

Bd Dakhla Résidence Espace Chrifa

Imm. A - Appt. 2 - 1er étage.

Hay Chrifa -Ain Chok - Casablanca

Tél. : 05 22 50 70 22 - GSM : 06 61 95 72 88

الدكتور بوشعيب الدياني

الطب العام - الفحص بالصدى
تخطيط القلب - ختانة الأطفال

شارع الدخالة . إقامة فضاء الشريقة عماره ٨ . الشقة رقم ٢

الطابق الأول . حي الشريقة . عين الشق . الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 95 72 88 . المحمول : 05 22 50 70 22

E-mail : dr.dyani@gmail.com

Casablanca, le

19/5/90/20

الدار البيضاء في :

Nom & Prenom :

Mme Kéhef alley net

123.60 x 2 R adrida EP Bout deur

123.60 I medium 40 mg (S.V)
up/f avant Apres

123.60
2. Flacon
a pulvérisation d'air
Chaque matin le matin

222. ~

1 mois

3. Augmentin 1g 1x10 mg (S.V)

Pharmacie des Cygnes
Mme LATHIRI SAMIA
266, Boulevard de l'Oasis
Tél. 05 22 98 85 17 - Casablanca

1 Saletet X 3 j

4. Avant Repas 1 g

5. Mefrat 15 mg (S.V)

mp l'apres apres

M5.-

5°.

1 mois

Biofreeze gel

1 application x 2 / 1 mois



176,80

Docteur Bouchaïb DYANI

Médecine Générale

Bd Dakhla Résidence Espace

Chrifa, Im A - Appt. 2 1er étage

Hay Chrifa-Alb Chok Casablanca

Tel: 05 22 56 70 22-GSM: 061 95 72 88

au Dr CORN et
de Mérac

~~Pharmacie des Cygnes~~
~~Mme LAHRICH SAMIA~~
~~266, Boulevard de l'Oasis~~
~~Tel.: 05 22 98 85 17 - Casablanca~~

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeur bnou al sounam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeur bnou al sounam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boite 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:123,60 DH
6 118001 140299

AMOXILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RÉSPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

PPV: 222,00 DH
LOT: 623085
PER: 05/21

79,00