

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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° W19-494588

ND: 44 233

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : M825 Cadre réservé à l'adhérent(e) : RASM Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Rouhi HAFSA

Nom & Prénom : Rouhi HAFSA Date de naissance : 08-08-1936

Adresse : 0661208699 Total des frais engagés : _____ Dhs

Tél. : 0661208699

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2020

Nom et prénom du malade : LATCHINI Yousra

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 16/01/2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'entière responsabilité 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 : 12/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :







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
12/08/2020	G		300.00	INR: 10911568881 DOCTEUR KARIM OUAÏD minipraticien Thérapie Homéopathie - Phytothérapie

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ESPAGNE 50, RUE N FORT Tél : 05 22 25 43 25 RC : 245509 - P.R. : 35873061 IF : 40436642	12/08/2022	44,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

BELEVE 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> G <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	<input checked="" type="checkbox"/>	00000000		35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<input checked="" type="checkbox"/>	00000000													
	35533411													
	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Karim OUALI

Nutritionniste Phytothérapeute Homéopathe

Diplômé des Universités de Casablanca, du Canada et de France

Obésité - Coaching Nutritionnel

Diabète - HTA - Dyslipidémie - La goutte

Traitement de support homéopathique en cancérologie

Suivi nutritionnel : Intolérance au gluten - RCH - Maladie de Crohn

Méd. douce : Troubles digestifs - Anxiété - Stress - Arthrose - Ménopause



الدكتور كريم والي

اختصاصي في التغذية ، الطب الطبيعي والمعالجة المثلية

جامعة الدار البيضاء، فرنسا وكندا

السمنة - التدريب الغذائي

السكري - إنقاص ضغط الدم - إضطراب الكوليسترول - التقرّن

المعالجة المثلية لدعم السرطان

المتابعة الغذائية : حساسية الجلوتين - إنفلام القولون - مرض كرون

الطب البديل: إضطرابات الجهاز الهضمي - التلقّي - الإجهاد - إنفلام مفاصل - أعراض سن اليأس

he: 12/08/2020.

Offre La Tchini Agouti

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Foulal - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25
RC: 245509 - Pie.: 35873067
IF: 40436642

- Imodium 2 mg.

30,50

1 CP x 3 / 6



LOT: 19EB05
PER: 11/2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 GEL

P.P.V: 30DH50



6 118000 010845

- Doliprane 500

14,40

1 sachet x 3 / 6

44,90

DOCTEUR KARIM OUALI
الدكتور كريم والي
Omnipratiqueur
Homéopathie - Phytothérapie
Bd. Moulay Youssef - Appt 2 - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25

14,40



PPV 14DH40

PER 09/22

LOT 12191