

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-599614

54760

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUKHARTA Fatima Cypre HOUTI

Date de naissance :

1938

Adresse :

16 Rue de Tanger (An) Casab

Tél. : 0661 23 60 80

Total des frais engagés : 300 + 744 = 1044,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/12/20

Nom et prénom du malade : Dr Houti

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Antibio

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 suis tenu d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casab

Le : 19/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1.2.1.2.0	1		300 DM	INP : 0511187874

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE LATIF zemmour, Commune De Bouzou Assaklimma, Equipment AB, N° 1 ANCA - Tel: 0522.96.15.98	19/12/20	744,80 DHS

PHARMACIE LATIF
Rte d'Azemmour, Commune Dar Bouazza
G.H. Massalikoul - L'équipement 4B, N° 1
CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.98

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

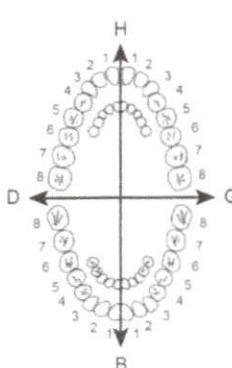
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p align="center">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> <p align="center">D G</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center">B</p> <p align="center">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>D G</p> <p>B B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p align="center">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p align="center">DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									



valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Rue Omar Slaoui Casablanca
Tél: 02 966 878

Certifie que Mlle, Mme, M. : Morti G.

Présente une arthralgie chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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)

Rhumatologue

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



الدكتور سعيد الرامي
اختصاصي

خريج كلية الطب بكليرمون فيران فرنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالمدرسة العليا

للトリض الطبي

أمراض الروماتيزم

الغضاريف المفاصل العضلات

العمود الفقري والرجل

بالأشعة

Lot:

Per:

PPV:

194275

0.2021

Casablanca, le 19/12/2021

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Uta: 10/23 Lot: ART14
BIOXPERT

- 1^{er} Honti RASTINA 1490^s
- ARTINOV : sup mat et m 3 nrs
- 1365^s Alyse 25 gel au couper 3 nrs
- 5050^s Deflazacette 6 mg sup 1/2 20 f/m
- 1450^s paracetamol sup mat et m 20 f/m
- 8742^s 43,1 Abornia 15 mg sup 1/2 20 f/m
- 1445^s - 88AC 20 : gel 1/2 3 nrs

LOT: 0086 PER: 0086
PER: AUT 2022 ER: AUT 2022
PPV: 14 DH 50 PV: 14 DH 50

GSM : 0661 42 78 23

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الهاتف : 78 0522 20 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

PHARMACIE
Rte d'Azemmour, Commune Dar
G.H. Massokouna, Casablanca - Tél: 05 22 96 15 94