

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4651

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

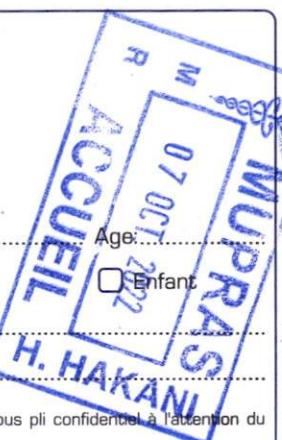
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

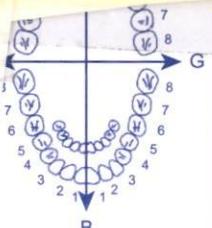
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du GAF Mme CHAQUI SAMIRA 1 Rue Al Oukhouane - Casablanca 06/10/2022	06/10/2022	908,30

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

* VIGNETTE	* VIGNETTE	* VIGNETTE	* VIGNETTE
ALTIAZEM® 60 mg ins. 50 comprimés C PPV 89DH	ALTIAZEM® 60 mg 50 comprimés C PPV 89DH	ALTIAZEM® 60 mg 50 comprimés C PPV 89DH	ALTIAZEM® 60 mg ins. 50 comprimés C PPV 89DH
Veuillez joindre les radiographies, ainsi que le bilan de l'ODF.			
SOINS DENTAIRE			
Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain seba Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain seba Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain seba Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1, Ain seba Casablanca Corvasal 2 mg, cp b 30 P.P.V : 46,70 DH
6 118001 080335	6 118001 080335	6 118001 080335	6 118001 080335
PER.12/2022 LOT:21E003	PER.10/2022 LOT:21E004	PER.12/2022 LOT:21E003	PER.12/2022 LOT:21E004
PPV : Exp : N° Lot : 2900	PPV : Exp : N° Lot : 20,00	PPV : Exp : N° Lot : 20,00	PPV : Exp : N° Lot : 20,00
PPV : Exp : N° Lot : 20,00			
			
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

PHARMACIE DU C.A.F.

CHAoui AKOUZ Samira
Docteur en Pharmacie

*1, Rue Al Oukhouane
Beauséjour - Casablanca
Tél.: 022.39.89.73*



مِنْطَلِيَّةُ الْجَافِ

الشاوي أكوز سميرة
دكتورة في الصيدلة

1، شارع الأقحوان،
بوسيجور، الدار البيضاء
الهاتف: 022 39 89 73

FACTURE № 001610

M: ABDDA, MI NAJAT Dolt

Casablanca, le : 06-10-22

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Total
04	Alticazem 60 mg	89,00	356,00
06	Ccrvarsof 2 mg	16,70	100,20
03	Kardegic 75 mg	30,70	92,10
09	Sintrom 1 mg	20,00	180,00
			T = 908,30
			Pharmacie du CHM 1234567890 1 Rue Al Duwaine - 00000 Paris 13 Casablanca - 00000 Casablanca

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Nom et prénom : *Jamal et Ameur Lahsen*

Matricule : *4651*

N° CIN : *B.379105*

Adresse : *56 Bd Abderrahmane Bouabid Hay Esraha*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr Laâmi Nouram* Spécialité : *cardiologue*

N° ICE : *002366180000056* N° INPE : *091245621*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *Allaâdioui Najet*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

pont coronarie + maladie de la coartt

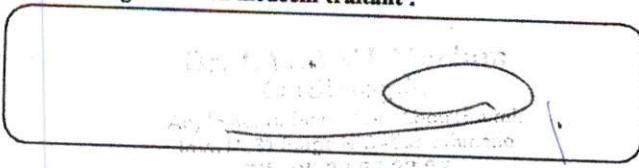
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *corosal - Altriaz - 60 - Kardegic*
Natispray - ontron

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casablanca le 08/07/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



PHARMACIE CASABLA
Rue Allal Ben Abdellah 60
Casablanca
Tél. : 0522-22-78-15

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées