

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-616644

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **8196** Société : **RAM**

Matricule : **8196** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **UTIPA**

Nom & Prénom : **IDRITHI LATIFA**

Date de naissance : **02/03/1966**

Adresse :

Tél. : **2335** Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/02/2023**

Nom et prénom du malade : **IDRITHI LATIFA**

Age :

Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : **pharyngite** **F. Tamm**

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

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

RELEVÉ 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
13/02/2023	C		180 DH	INP: 09/12/18528
16/02/2023	contrôle		Groti	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la facture
	13/02/23	248,00
	16/02/23	139,50

[illegible]

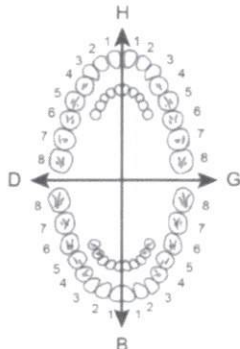
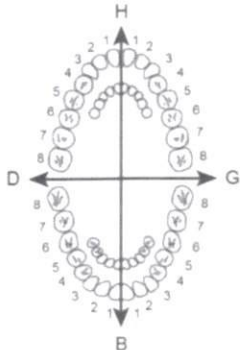
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 13/01/2023

الدار البيضاء

Lot : 221001
À consommer
avant le : 12/2025
PPC : 79,90 DH

LOT N°:
UT. AV :
PPV (DH) :

400DH

أبيح نصائح الطبيب أو الصيدلي

PER : 10/24
LOT : 650865
PPV : 55.00 DH



PHARMACIE MA
CASABLANCA S
Bloc F, rés. BINA
Sidi Maarouf - CASAB
Tél: 0539 356 99

PPV 18 DH 00
PER 10/25
LOT 13458
S2

Lot. HAMZA, N°73, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél. 05

55/12

asapapalis spray gorge

2pk x 3T

LOT: 066/PER: 12/2025
APC: 55.10 DHS



Dr. EL ATTOUJI Hinda
Médecine Générale
73 Lot Hamza Sidi Maârouf
Casablanca Tél: 0522 32 13 16

24800

PHARMACIE MANDARONA
CASABLANCA
Bloc F, Rés. ENNAKHIL
Sidi Maârouf, CASABLANCA
Tél: 0522 33 56 99

Docteur ELATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : ٢٥/٠٤/٢٠٢٤ : الدار البيضاء، في

Dr. LATIFA

139

Zivlox 400

مكتوب

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE-SARL AU
Lot. Al Mousakhal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46

S.V

Zivlox 400 mg
5 Comprimés

Deva Pharmaceutique
LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

400 مع