

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.



Declaration de Maladie

N° W21-783270

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6828 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ZOUINE Chafik
 Date de naissance : 4-12-1957
 Adresse : LG HABIBA N° 61 CP SA
 Tél. : 06 19 65 94 77 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/07/2023
 Nom et prénom du malade : Zouine Chafik Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neuralgie Brachiale
 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'at-
 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 : 24 MAR. 2023 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement de
20/01/2023		1	200,00	Dr. ARAFA SAKINDA

Dr. ARAFA SAKINDA
Médecine Générale Echographie
Rue de la République, Rue 174 n°6
FAS 22 91 12 77 / INPE: 09101197
ICE: 00210345000043

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22-01-2023	4.275,50

PHARMACIEN
Qued Dao
Habiba N°62/2291024
ICE: 002042091024
Tel: 05 22 91 84 58
INPE: 092010552

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

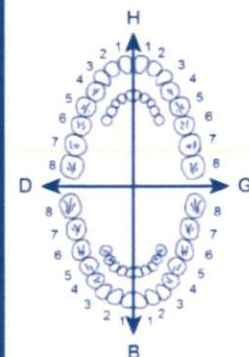
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

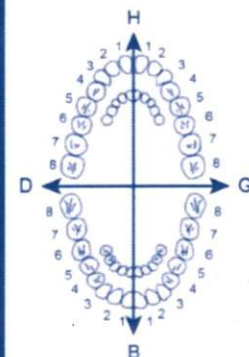
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيينة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le : 20/01/2023

VASIM
sement
24

LOT : 221653
EXP : 12/2025
PPV : 152,00DH

Zouin Chafika

152,00

1)

Arixib 950

25,00

10r 17 midi

25,00

2)

Codalgie

25,00

10r X 3 / 17a

89,50

3)

New flex gel

LOT 210329

ISOPHARM
NEWFLEX GE
AFRAICHISSA IT
89.50 dhs

10r X 2 / 20h

87,00

4)

Relaxium gel

LOT: 220597
DLUO: 07/2025
87,00DH

Ateliers Deva Pharmaceutique
OUAJDI Pharmacien Responsable

10r 17h

49,00
s) Delmazel 20 B14

49,00

1g/1 Hematol 1/2 X 10g

Dr ARAFA Sakina
Medecine Générale Echographie
Médecin de travail

84 Oued Sebou, Rue 174 n°65
Tel: 022 91 12 77 / INP - 091011973
ICE: 00210345000043

PHARMACIE ANNASSIM
3d Oued Daouia Lotissement
Habiba N°62/2 Oufi casa
Tel: 002042097000024
Tel: 05 22 93 84 58

427,50