

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0015991

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03070 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 155995

Nom & Prénom : HILALI Lhoussaine

Date de naissance : 01/01/52

Adresse : 496 Gr. Zouata El Qods 8/B CASA

Tél : 0619.6457 67 Total des frais engagés : 2548,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/03/2023

Nom et prénom du malade : HILALI AFAF Age : HANDICAPÉ

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA le 04/04/23

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

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

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
21/03/2023			300,18 HS	

Said AREZKIAN
PSYCHIATRE
 10 de Baghdad, 2ème étage
 Média - Tél 023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/3/23	224820 HS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

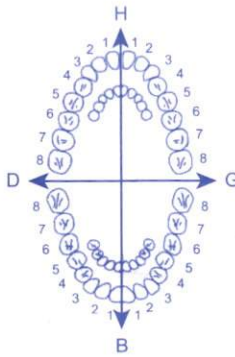
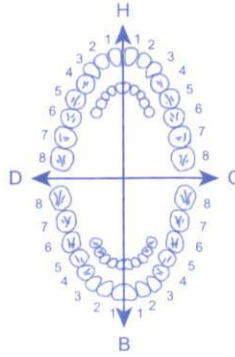
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[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 Said ARSALANE

Psychiatre

Ancien Médecin du

Centre Psychiatrique Universitaire

Bnou Rochd - Casablanca

الدكتور سعيد أرسلان

طبيب نفسياني

طبيب سابق بالمركز النفسي

الجامعي بن رشد - الدار البيضاء

Mohammedia, le.....

27 MARS 2023

المحمدية. في:

Hilali AFAF

339,00 x 6. / 2034,00

Solizy 200



0 - 1 - 1

03 mois

Alpro31

3570

x 6

1214,20

1 up le air



224820

Said ARSALANE
PSYCHIATRE
de Bagdad, 2ème Etage
Mohammedia - Tél 0523 32 95 98

RV: 27/06/2023 à 11h

13, Rue de BAGDAD 2ème étage

Mohammedia

Tél.: 0523 32 95 98

E-Mail : arsalane psy@yahoo.Fr

13. زنقة بغداد الطابق الثاني

المحمدية

الهاتف: 0523 32 95 98



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
SOLIAN 200mg, cp séc B 30
PPV : 339,00 DH
6 118001 081271

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70


LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70


LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70


LOT 222108 1
EXP 06 2025
PPV 35.70


LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70


LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70
