

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

156681

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI DRiss

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : HAY LAMI'A Bloc 20 N°8 CA8A

Tél. : 06 73 83 87 61 Total des frais engagés : 476,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2023

Nom et prénom du malade : El Aouy Fathia Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : gallbladder + gallbladder

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 : 07 AVR 2023 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 Paiment des Actes
31/03/2023	c		130,00	Dr. El Hachemi Rachid Rue Hassan II 21 - Casablanca Tel. 022 7277 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/3/23	346,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

ORDONNANCE

Docteur Fatiha DRIEF
MÉDECINE GÉNÉRALE
Av. Driss DAHMANI - Casablanca
Groupe 1 Lot N° 24 - Casablanca
Tél.: 022 72 77 57

QNM, Le : 31/03/2023

pr6 EL AOU NY Fatiha

7600-
18) 2i Jw 8w w
18) 18)

6785-
18) 18) 18)
16 5x3)

2100-
Rino me x
18x3)

2883-
Ponshy l 8
18x3)

7500-
caloline 8
18x3)

8140-
Offi 2 2 5
18x3)

T= 346,10 18 J le mal



Docteur Fatiha DRIEF
MÉDECINE GÉNÉRALE
Av. Driss DAHMANI - Casablanca
Groupe 1 Lot N° 24 - Casablanca
Tél.: 022 72 77 57

LOT 21N072

EXP 11/23

PPV 72DH00

mg

3

Voie Orale

PHAR



PHARMAS
LOT : 9241
UT.AV : 05-25
PPV : 21DH00

EXP :

PP.V

LOT N° :

Date de fabrication / Manufacturing date :
À consommer de préférence avant fin /
Best before end of :

Lot n° /

CARBOLINE CP 30

PPC : 75,00 DH

Ut Av :
12-2024

Lot :
D007P

IPHADERM

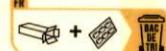
V008 - 10/21 - ETCALI449



3 525720 004499



FR



→ 81,40

→ 28,80