

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.

AS6527

Déclaration de Maladie : N° S19-0048153

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	12320	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BEN RABANNOU ADIL	Date de naissance :
Adresse :			
Tél. :	06.62.965.884	Total des frais engagés :	# 11.05.30 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/03/23

Nom et prénom du malade : ZENGADOU MARIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alimentation

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 : 03/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
26/03/23			100	  <p>Pr. FICHTALA Gynécologie & Obstétrique Laarbeeklaan 12 1050 Ixelles Belgium Tel.: 02/20 40 82 11 Fax: 02/20 40 82 11 E-mail: us@172551</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie LAILA 37, RUE AL BAHALI 20290 ROCHE-S-NOIRE TÉL. 039254	26/03/2023	1105,30

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	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ERN

Lot N° : FL11

Exp : 01/2025

PPC : 125,50 DH

PPV : 109DH00
 PER : 01-26
 LOT : M210

ANESTHESIE-REANIMATION

CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLECHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

RHUMATOLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE

ADULTE ET PEDIATRIQUE

NEUROLOGIE

NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE

MAXILLO-CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHETIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE

NEPHROLOGIE

CHIRURGIE VISCERALE

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

DERMATOLOGIE

ENDOCRINOLOGIE

HEMATOLOGIE

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

OTO-RHINO-LARINGOLOGIE

ONCOLOGIE

PEDIATRIE & REANIMATION

NEONATALE

PNEUMOLOGIE

RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

SERVICE CONSULTATIONS

SERVICE PRISE EN CHARGE

SERVICE FACTURATION

$$115,90 \times 2 = 31,80$$

1- Efferalgan 1000

1cp x 3 /jour
 34,00 + 132,00

2- Novex 0,4

1 injection s/s /jour

pdt 5 j

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90

EXP 05/2025
LOT 23031 4

EFFERALGAN® 500 mg

PPV 15DH90

EXP 05/2025
LOT 23031 4

3- Desirett

1 cp /jour pdt 6 mois à débuter da

125,50

4- Ferlipo gel

1 gélule /jour

pdt 3 mois



5- Wgel (gel lavant)

6- Postop spray (antiseptique)

120,00

1 app x 2 /jr

pdt 30 jo

7- Juvenate (crème cicatrisant)

109,00

1 app x 2 /jr

pdt 30 jo

8- Zamox 1g (boite de 14 sach)

1 sachet x 2/j pendant 7 jours

16 c

132,00

 0 T 2 3 1 3 0
 E A 2 0 9 2 0 4
 P P V 0 9 2 0 4
 H D D 1 3 2 , 0 0 0


132,00

 L O T 2 2 1 1 6 0 1
 E X P 0 4 2 0 2 4
 P P V 1 3 2 , 0 0 0
2551
520408277
In étagère Z N7PFICHTALI KARIMA
Système

1105130

LOT : BGY01

A utiliser de préférence avant fin : 07/24

PPC : 120,00 DHS

LOT : BGB72

120,00
A utiliser de préférence avant fin : 07/24

PPC : 120,00 DHS

LOT : BGB70

A utiliser de préférence avant fin : 07/24

PPC : 120,00 DHS

WGel
Gel nettoyant sans savon