

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- 0029503

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1367 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DRAI Abdelnabi
 Date de naissance : 29/12/1972
 Adresse : 3ème adresse
 Tél. : 0661858867 Total des frais engagés : 902,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D^r MOHAMED DAKHCH
 SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
 HAY MOHAMMADIE
 AV. C. IMM. 19 - N°1, CASABLANCA
 TEL. 022 62 01 95

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KARMOUSSEL Age :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :
 Signature du médecin :
 01 JUIN 2023

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
10 MAI 2023	CS		3000	D ^r MOHAMED DAKHCH Spécialiste en Médecine Interne HAY MOHAMMADIE N° C. IMM. 10 N°1, CASABLANCA TEL: 022 62 01 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGIONALE Said BENJELLOUN 94, LOT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	10.05.23	603.40

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
		AM	PC	IM	IV	

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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	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 Mohamed DAKHCH

Spécialiste en Médecine Interne

Ancien Médecin du C.H.U

IBN ROCHD

Rhumatologie - Maladies du sang

Ex - Chef du Service de Médecine

à l'Hôpital Bouafi

الدكتور محمد الضخش

اختصاصي في الطب الباطني

طبيب سابقا بمستشفى ابن رشد

أمراض المفاصل - الأمراض الدموية

(الروماتيزم)

رئيس سابق بقسم مصلحة الطب

بمستشفى محمد بو الوافي

Casablanca, le : 10 MAI 2023 في : الدار البيضاء،

LA PHARMACIE REGIONALE
N° 94, Lot 10, Hay Mohammadi
Tél: 05 22 51 47 04
Imm: 94

INPE: 06 20 74 810

37,00
Mobic 15 TMi
30,00 x 2
Do LTRM
1/2 - 1/2 - 1/2 (2 links)
93,00
Koprad 5 mg
Koprad 15 mg
59,50
Albucris 50
53,00 x 26
Di 1000 50
24 1/1

Avenue "C" IMM. 10 Hay Mohammadi - Casablanca - Tél : 05 22 62 01 95

E-mail : dr.dakhch.med@gmail.com

150,00
CELESTIN

250



Abr 15 ju

47,90

Delta 6 mg



leuats

119,00

OSTEOCARE



leuats

59,50

Ts602.40

Dr MOHAMED DAKHCH
SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
HAY MOHAMMADIE
AV. C. IMAM - BP 1336 BLANCA
TEL: 222 62 01 95

INPE: 06 20 74 810

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 119,00 DH

Ut Av
31/12/2026 Lot:
283169

IPHABIOTICS

5 021265 244683 >

Lot:

PPV : 150.00

Exp:

P10002677

30/00

3001.00

06/25

L1958

PPV: 47,90 DH

IBERMA

6 118001 040131

MOBIC 15mg / 1,5ml

(Meloxicam)
Boite de 3 ampoules injectables

BOTTU S.A.

PPV : 37 DH 00

PHARMA5 LOT : 8977
UT.AV : 05-25
PPV: 23DH00

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00
EXP 11/2024
LOT 28009 2

ODINI-REGIONALE
Dr. Ouedi ELLOUN
Inm. 94, Lot MAIT N°4-DEROUA
Tel: 05 22 51 47 97

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00
EXP 09/2024
LOT 24019 3