

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

N° W19-441061

169729

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	112114	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUSSAID ABDELKARIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
		100.1679,0 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr. Najla SOBHI Médecine Générale Rue 59, N°1 Hay El Farah Tél: 0522 90 57 17 - Casab</p>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/07/2023			
Nom et prénom du malade : MOUSSAID ABDELKARIM			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivis d'un astérisque à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
<p>Je 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.</p>			
Fait à :			
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 Paiement des Actes
25/01/2014	Consultation	1	10000	INP : 09114303441
26/01/2014	Consultation	1	10000	Dr. Najia S. Médaché Central 259 N°1 Haïd El Farah 10800 17-Casa
27/01/2014	Consultation	1	10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AIODRANNE TAI 05275032 D 96/08/02 2000 Ain Ch	96/08/2000 2023	679,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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 colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><th>B</th><th></th></tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B														
	H	G																															
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	<hr/>																																
	D	G																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	<hr/>																																
	B																																
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXECUTION																																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																	

Docteur SOBHI NAJIA

Ex. Médecin Interne de l'Hôpital
De Gisors France

MEDECINE GENERALE

Rue 59, N° 1 Hay El Farah
Casablanca
Tél. : 05 22 80 87 17

ORDONNANCE

الدكتورة نجية صبحي

طہہ سارقا بف نسا

جذب نسا

الطب العام

زنقة 59 أمام المقاطعة 22 حي الفرج

الدار البيضاء

05 22 80 87 17 : الهاتف

Casablanca le : ٢٦ / ٥ / ٢٠٢٣ الدار البيضاء في :

49,40	$\times 3$	148,20
20,80	$\times 6$	124,80
157,00		157,00
179,00		179,00
40,00		40,00
32,00		32,00
98,00		98,00
679,00		679,00

49,40

49,40

49,40

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 2N0275
EXP 02/2026

Lot: 230022
À consommer
avant le: 01/2026
PPC: 79,00 DH

LOT 4137A

EXP 06/24

PPV 32DH01

COOPER PHARMA
PPC: 98,00 DH

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 12/2025
LOT 2N0154