

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

- 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

N° W21-714648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

18/11/61
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1870

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUDARKA LAILA

Date de naissance : 15/11/1956

Adresse : N° 60 LOT LINA sidi MABROUF casa

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boudarka laila

Age:

Lié de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

→ diabète HTA @ festej

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 : 13/10/1993

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LORRAINE BOURG Lamia MANDRE 4, Lot. Yasmeen les Crêtes Abidjan - Tél.: 0522 85 55 60/5	13/09/2023	1 902, 92

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for treatment of upper and lower teeth)	Nature des Soins (Rows for nature of treatment)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Docteur Faouzia DAOUDI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine de Marseille

MÉDECINE GÉNÉRALE
PSYCHOTHÉRAPIE (SUR RDV)
SEXOLOGIE - ADDICTOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
DIÉTÉTIQUE
HOMÉOPATHIE
MEDECINE DU TRAVAIL
MALADIES TROPICALES
ECHOGRAPHIE CLINIQUE



الدكتورة فوزية الداودي
خريجة كلية الطب بمرسيليا

الطب العام
الطب النفسي (بالوعد)
الطب الجنسي - الإدمان
داء السكري
الحمية والتغذية
الطب الطبيعي
طب الشغل
أمراض المناطق المداري
الفحص بالصدري

Casablanca, le 13/09/2023

BOUDARKA LAILA

99,00

- Prodefen - sachet
1 sachet après le repas 2 boites



21,00⁰⁰

- mélatonine 1 mg
1 cp par jour le soir



46,90

- Acticarbine 70 mg - comprimé dragéifié
1 Comprimé, matin, midi, pendant 7 jours

ARMERIA LUXEMBOURG
Lamia MANDRE ③
24, Lot. Yasmina les Crêtes
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57



DOCTEUR DAOUDI FAOUZIA
Résidence ALMI B
Rue Abou Abdellah Natli
Casablanca - Tél.: 0522 98 76 71

286,00 X 5

1902,90

Glycan 500 mg

1 cp x 30

Exforge 160/5/125 mg

1 cp/j

Davos

3 mois



PRODEFEN
Complément alimentaire

PPC : 99 Dhs

Lot : 129094.
Date de Fab : 03.2023
Date de Pér : 03.2025

ACTICARBINE 70 MG Comp. (84)
PPV 46,90 DH SOTHEMA

6118001070015


6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH


6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH


6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH


6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH


6118001030989
EXFORGE HCT
5mg/160mg/12.5mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 286.00 DH

19/50
Ged

PPV 19,50 DH
LOT F762 PER 06/25

PPV 19,50 DH
LOT F854 PER 09/25

19/50
Ged

PPV 19,50 DH
LOT G224 PER 09/25

PPV 19,50 DH
LOT L0427 PER 04/26