

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 canaux, 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 canaux.

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- 0007308

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R
Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdallah
Date de naissance : 04.08.1955
Adresse : 16. Passage 4. TISSIN II. BERRECHID
Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 2045,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.08.2024
Nom et prénom du malade : Abdumamad Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DN ALD ALC Pathologie : Hypothyroïdie
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 : BERRECHID

Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
04/1/24	C1			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04-01-24	1845,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

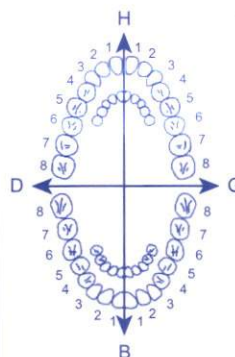
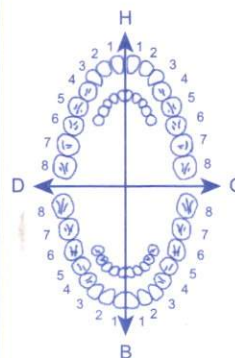
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

715

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04-01-24. شيد، في

Keliam Sa

Tramite

2/ Traformine 1000 2/

3) For all $\alpha \in \mathbb{R}$

41 Rue d'Ornioprat
Benevolat d'Alc. Ibrou
GSM 06 76 45 48
Tel: 0822

41, Rue Tariq Ibn Ziad 1er étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

6x13,420 thyrox 50
 18/8
 6x6,80
 18/8

184530

DOCTEUR MOUNA TAMIM
 Omnipraticien
 41 Rue Tarik Ibnou Ziad Etg.1
 Berrechid / tel: 0522 32 44 55
 Gsm: 06 76 45 48 49

78,70

78,70

78,70

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

PPV: 21DH00
 PER: 11/26
 LOT: M3974

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, Ql
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Forxiga 10 mg cp pell b28
 P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

LOT N°: 22588

09/25

UT. AV: 105,00

PPC (DH):

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
 Levothyrox® 50µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
 Levothyrox® 25 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 6,80 DH

7862160335

7862160335

7862160335

7862160335

7862160336

7862160336

7862160336

7862160335

7862160335