

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.



Déclaration de Maladie

M23- N° 0044671

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0685

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BACHHADI Badia

Date de naissance : 01/07/1944

Adresse : RTE Aggémour RESAL FIRDIAOUS NG CAS

Tél. 06 14 51 04 14

Total des frais engagés : 300 + 4534,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2024

Nom et prénom du malade : BACHHADI Badia

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 : 2024

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21.2024		9	300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<p>صيدية الشفاء العليا</p> <p>PHARMACIE SUP ANFA</p> <p>Dr. Mouna CHABACH PH/</p> <p>Rte d'Azzemour Anfa Supérieur</p> <p>Tel: 05.22.95.01.16</p> <p>ICE: 00100029800008</p>	2024	4534130

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 :

Veillez 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FARADI Hasnaâ

Médecine Générale

Echographie

Urgence

DU : Gynécologie Médical Infertilité

Suivi de Grossesse

DU : Diététique Médicale et Nutrition

DU : Diabetologie

Casablanca, le 08/01/2014, في الدار البيضاء،

Baghdadi Badia Ep Benmouna.

contour plus Bardelitt

Pd 3 mois

الدكتورة فرضي حسناء

الطب العام

الفحص بالصدى

المستعجلات

العقم

متابعة الحمل

التغذية و الحمية الطبية

أمراض السكري



Docteur FARADI Hasnaa
Médecine Générale
Echographie, Urgences
DU : Gynécologie Médical Infertilité
DU : Diététique Médicale et Nutrition
DU : Diabetologie
INPE : 091063313
Tél : 05 22 89 07 58

إقامة البركة، شارع أفغانستان، رقم 2 عمارة 64 تجزئة GH 5a أمام المركز التكنولوجي - الحي الحسني - الدار البيضاء
Résidence Baraka, Bd Afghanistan N°2, Lot 64 - GH 5a (Face Centre Technologie Hay Hassani) - casablanca

Tél : 05 22 89 07 58

PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR CASABLAN

Tél: 022950116

Patente N°: 35604802
N° R.C. : RC 254350
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale : 40606476
ICE : 001835298000083

Le : 31/01/2024

mme baghdadi badia

FACTURE : 1247 du : 31/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	CONTOUR PLUS	70,00	210,00	20,00%
		Total TTC	210.00	
		Droits de timbre	0.00	
		Net à payer	210.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX CENT DIX DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	175,00	35,00	210,00
		175,00	35,00	210,00

صيدلية أنفما العليا
PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH PH.
Rte. d'Azemmour Anfa Supérieur
Tél: 022950116
ICE: 001835298000083

Tél.: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaouidiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063

x 4 Ged

PPV: 147DH10
PER: 09/25
LOT: M2994-2



CONTROL N 108-141 mg/dL
CONTROL L 36-47 mg/dL
CONTROL H 316-411 mg/dL
LOT DP2&HC31F
2024-06



5 016003 763502



X4
Ged

6 118001 041077
Jargiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
BOTTU S.A.
PPV : 479 DH 00

7870
242600060-02

X4
Ged

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH