

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.

M23-0025397

Optique *194627* Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2932* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e) Autre : *RABAT SITE*

Nom & Prénom : *AME HIMA MOB amel.*

Date de naissance : *15-04-1974* CASABLANCA

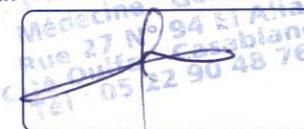
Adresse : *89 Rue 6 HAYEL ALIAT ECOULFA*

..... *CASABLANCA*

Tél. : *0664662230* Total des frais engagés : *1098,40 Dhs* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *01/07/2024*

Nom et prénom du malade : *AME HIMA MOB amel.* Age : *50*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *HTA*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *HTA*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie*

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 : *CASABLANCA* Le : *01/07/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

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
01.02 2014	6	1	200	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/24	892,15

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow pointing upwards from tooth 1, a horizontal arrow pointing to the left from tooth 8, and a horizontal arrow pointing to the right from tooth 1. The teeth are arranged in a standard dental arch pattern, with the upper arch having a larger gap between teeth 1 and 2.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khadija BELKEBIR

الدكتورة خديجة بلخير

MEDECINE GENERALE

الطب العام

Lot, EL Alia - Rue 27 N° 94
Bd OuedTansift - EL Oulfa
T : 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94
شارع وادي تانسيفت - الألفة
الهاتف 0522904876 - إدارالبيضاء

الدار البيضاء . في ٢٢٦ Casablanca, le ٥/١/٢٢٦

8) Relacionado 7
53,10 29/02/2015



8) A 29/02/2015 7
29,70



9) Act 29/02/2015 7
20,00 29/02/2015

~~E. PHARMACEUTIQUE TANSIFT
Médecine générale
Rue 27 N° 94 El Oulfa
Casablanca
Tel : 05 22 90 48 76~~

~~E. PHARMACEUTIQUE TANSIFT
Médecine générale
Rue 27 N° 94 El Oulfa
Casablanca
Tel : 05 22 90 48 76~~

892,10

199, Boulevard Oum er-Rbia
Casablanca

Tél.: 05 22 90 90 44 / Fax : 05 22 90 90 42

E-Mail : contact@~~bio~~.ma

www.orbio.ma

85,60

PPV
LOT
PER

D
aler



LOT: 2109004
FAB: 09/2021
EXP: 09/2024
PVC: 70.00 DH

25,80

92,10

4 mg

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

93,30

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
PER: 32 2026

6 118000 060833

6 118001 082018
P.P.V : 270,00 DH
b30 cp 100mg
Gopipidix 75mg/100mg
Ain sebaâ Casablanca
Route de Rabat -R.P.1,
Sanofi-aventis Maroc

6 118001 079DH70
P.P.V : 79DH70
PER : 07/25
L651 L2536

ALE

92,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325