

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027296

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Houri Abderrahmane
Date de naissance : 01/01/1946
Adresse : 68, Resoussa Nour Amira
Mr. Abdellah / EL Jadida
Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/01/2024
Nom et prénom du malade : Rhagane Aicha 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 :
M 15-FEV-2024

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 : EL Jadida Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
09/11/2020	O/S + ERASEPL		400.	Dr. LAROUSSI Gastro-Entérologie Lot Luxia Alahiane N° 6 Jabrane Khali El Jadida Tél. : 05 23 38 14 92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

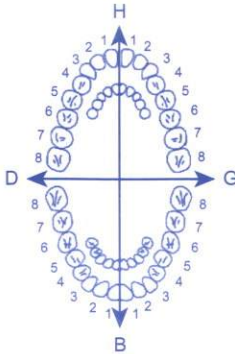
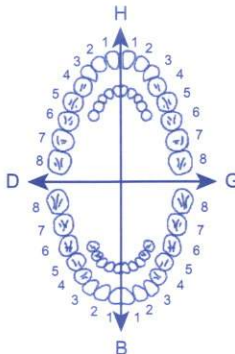
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Dr. LAHLOU Houda

Spécialiste en Hépatogastro-Entérologie

Maladies du Foie et des Voies Biliaires

Maladies de L'Estomac et des Intestins

Proctologie : Fissure - Fistule Hémorroïdes - Absès

Echographie abdominale

Fibroscopie - Colonoscopie



الدكتورة هدى لحلو

طبيبة اختصاصية في الجهاز الهضمي

أمراض الكبد و المرارة

أمراض المعدة والأمعاء

أمراض المخرج : البواسير و الدم

الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار للمعدة و المعى الغليظ

El Jadida le : 09/07/2024 : الجديدة في :

Ordonnance

M. AICR RHAZLANE

— Consultation + Echographie
Abdominale

= 400.

Lotissement Luxia Atlantic Cabinet N°6 - 2^{ème} étage

Avenue Jabrane Khalil Jabrane, (près du centre biologique Benchechou) - El Jadida

Tél : 0523387892 – Email : cabinetgastro.drlahlou@hotmail.com

Dr. LAHLOU Houda

Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie

Maladies du Foie et des Voies Biliaires

Maladies de L'Estomac et des Intestins

Proctologie : Fissure - Fistule Hémorroïdes - Absès

Echographie abdominale

Fibroskopie - Colonoscopie



الدكتورة هدى لحلو

طبيبة اختصاصية في الجهاز الهضمي

أمراض الكبد والمرارة

أمراض المعدة والأمعاء

أمراض المخرج: البواسير و الدم

الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار للمعدة و المعى الغليظ

M. Aiche
RHAZLANE

la 05/01/2024

Compte Rendu de l'Echographie
Abdominale

- Fric de taille normale, de contours réguliers, sténosique.
- VB à pari fin siège d'une macro lithiase.
- VBIL non dilatée.
- VBL non dilatée.
- Rate homogène de taille normale.
- Important Aérobie.

IC = - VB macro lithiasique - non compliquée.
- Sténose bipartique.
- Aérobie.

Dr. LAHLOU Houda
Gastro-Entérologue
Lotissement Luxia Atlantic Cabinet N°6
Avenue Jabrane Khalil Jabrane - El Jadida
Tél : 05 22 38 78 92

