

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11244

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAID ABDELKARIM

Date de naissance :

Adresse :

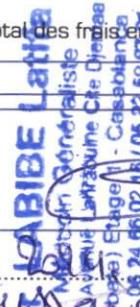
Habituelle

Tél. :

Total des frais engagés : 150 + 331,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/01/2019

Nom et prénom du malade : MOUSSAID ABDELKARIM 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 : / /

Signature de l'adhérent :

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
19-2-2024	CS	150dh		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>لاراعي HARAMACIE DAD AL IDAA Dr. IDRISI Zineb Bay Al Ou ra INTN 061/ Ain Choc, Tél 05 77 50 32 33</p>	19/02/2024	331,60 DA

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	
	19/02/2014			1 IM		15 DH

BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

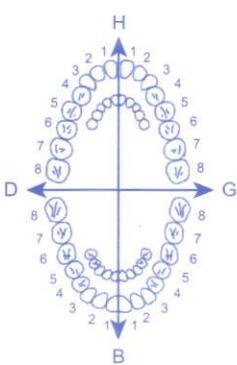
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

~~66,00~~
6 Dolicos g.

56,30 740/1g apres 14sepa
7) Daure 85000
1 Amp T mois

PPV: 86DH40
PER: 07/26
LOT: M2379



PPV: 56,30 DH
LOT: 23H21D
EXP: 08/2025

Dr. LABIBE Latifa
Médecin Généraliste
218, Avenue Larifadine Che Djemaa
(Sousa) Elouej 1 - Casablanca
Tel: 06 24 68 02 16 / 05 22 59 87 01

331160

صيدلية دار العصائر
DHARAMACIE DAR AL IDAA
Dr. IDRISI Zineb
May Al Ou rai N° 161 Ain Choc.
Tel: 05 22 50 32 33

الدكتورة نطيفة اللبيب

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى

محمد بوافي

Docteur Latifa LABIBE

Médecine générale

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat

Ex. médecin interne à l'hôpital

Mohamed BOUAFI



Casablanca 10000

HJ4689
06/2028
R.P.V:37DH70

ORDONNANCE
29/02/2024

الدار البيضاء في:

Mr Abdellatif
Houssaini

1) Déporé du 10/08/2024 au samedi 18/08/2024

Bisoprolol 10 mg

SV

4 Biotic plus

SV

28,80 15x25 pdt 08/08/2024

Butanevil forte

SV

4) No dolcotene
7 cpr x 32

SV

NO - DOL CODEINE

CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

5) Artflexine
100 mg x 30

SV

219, Avenue Lahrabuine, cité Djemaa (Sbaa), 1er Etage

(Au dessus de pharmacie Erraha)

Téléphone: 05 22 59 87 01

219 شارع لهرابين، قرية الجماعة (سبا)، الطابق الأول
(فوق صيدلية الراحة)

الهاتف: 05 22 59 87 01