

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- 0037968

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2646 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RATHOU, Youssef
 Date de naissance : 09/06/1958
 Adresse : Residence Charaf California Rue N°111
 Moussine 6211 Apt 13 Ain chek Lago
 Tél. : 06/5549320 Total des frais engagés : 609,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2024
 Nom et prénom du malade : RATHOU Youssef Age : 65 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 17/04/2024
 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
21/03/24	C	C	2000A	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ach-charaf, N° DM2 Hay Inara, Haddaouia, CASA Tél : 05 33 21 64 00 12	21/03/24	409,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

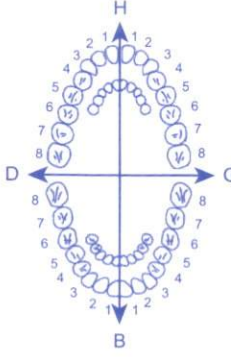
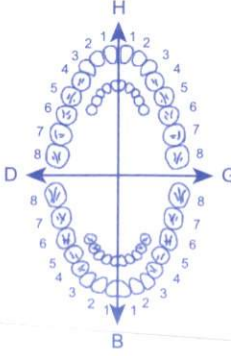
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Échographie

Nutrition - Régime Spécialisé

Gynécologie Médicale - ECG

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)

التغذية - تخطيط القلب - الحمية (رجيم)

طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le

21/03/2024

الدار البيضاء، في

M^{rs} YOUSSEF RAHLOU

101,30

Zamox 16 Sachet

18 a S.L. 16 Sachet

99,50

Pro Zen Sachet S.L.

32,60

30,50 x

18 a S.L. 16 Sachet

1 Cei Sachet S.L. 16 Sachet

40,00

806, شارع القدس - الطابق الأول الشقة 2 - حي منظرنا - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 87 27 74

806, Bd El Qods - 1er Etage Appt 2 - Hay Mandarouna - Aïn Chok - Casablanca - Tél. : 05 22 87 27 74

3 of 15 Fourn

69,00

Algeria

S.L

18,20 x 2 = 36,40

we 28

N° 02

S.L lamp 1 moe
we 28 2 moe

409,40

PPV: 101 DH 90

PER: 10-26
LOT: M 3488

Dr. Amal BOUSSOF
Medecine Générale - Echographie
Gynecologie Medicale
Tel: 0522 87 27 74 - 0609 28 25 06

PPV (DH): 32.60

LOT N°:

2 07 11

UT. AV.:

COOPER PHARMA

PPV: 30,50 DH

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 09/2026
LOT 36009 9

PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot:
Date de Fab
Date de Pér

PPC: 99 Dhs

BIOFAR VITA C ACEROLA CP BTE 20
PPC: 69.00

Ut Av
02/25 Lot:
2056/5

IPHADERM

INDICATIONS D'UTILISATION

PHARMACIE ACH CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddaouia - CASA
Tel: 06 27 21 64 09

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
VEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 18,20 DH
6 118001 185030

Maphar
Bd Aikimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
VEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V: 18,20 DH
6 118001 185030