

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 radiés 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- 0058339

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANOUCHE
 Date de naissance : 16.08.1956
 Adresse : 99 Rue de la Liberté, Casablanca
 Tél : 066449032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SADIK FOUZIA
 Médecin
 104, Rue Mimouza Hay Erraha
 Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

INPE : 091122440

Date de consultation : 20 AVR 2024
 Nom et prénom du malade : ANOUCHE Med Age: 68 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + Colique + Askl
 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 : 20/04/2024
 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
20 AVR 2024	19	01	200,00	Dr. SADIA S. Bouazza 104 Rue Mimouna Hay Hassa Tél: 05 22 36 54 97 Casablanca
INPE : 091122440				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURDUD Mas des Roses A Côté de Tél: 05 22 36 54 97 Casablanca Tél: 05 22 36 54 97 Casablanca	20.4.2024	661.30

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																								
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	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 SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104, زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

05 22.36.58.91

Casablanca, le : 20 AVR 2024

N^e ANOUAR

Me.

218,60 - 11430
Dipre zar 50mg (02B)

(S.V)

1cp le matin

170,00

(S.V) - Ofiken 200 mg (01B)

1cp 2 fois / après repas

42,20

(S.V) - Ventoline 120 Mcg (01B)

1 Bouffet 3 fois /

220,50

73,50 x3
(S.V) - Forlax (03B)

1 Sachet 2 fois /

667,30

PPV: 114DH30
PER: 06/26
LOT: M2088

PPV: 114DH30
PER: 01/25
LOT: L058

LOT 231438
EXP 04 25
PPV 170.00 DH

Lot X H 8 M
EXP 04 20 25
PPV 42,20 DH

maphar
Zi Zineb Am Soudi Casablanca Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73.50 DH
6118001181193

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
Tél: 05 22.36.58.91 Casablanca

ASOS 27-145

maphar 
Boulevard Akma n°6
Quartier Industriel Sid Bemoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73 50 DH

6118001181193

maphar 
Boulevard Akma n°6
Quartier Industriel Sid Bemoussi Casablanca - Maroc
FORLAX 10G SAC B20
P.P.V. : 73 50 DH

6118001181193