

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N°D

14399.

Déclaration de Maladie

N° M21- 0054417

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL - AZRAK ABDEL KAIM

Date de naissance :

1950

Adresse : 147 Rue ATHENEE 2 MARS Casablanca

Tél. : 062343362 Total des frais engagés : 562 Drs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07 JUIN 2021

Nom et prénom du malade :

ELAZRAK ABDEL KAIM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète - Hypertension

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 : 0522 61 12 61

Signature de l'adhérent(e) : S

Le : 10/06/2021

## 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
07 JUIN 2021	visite	1	150,-	DR EL ALI OMNIPRATICIEN DIABETE-NUTRITION - E.C.G N°4 Bd. Ali Yaata, Dar ESSALAMA H.M. 0522 61 12 51 Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>GRANDE PHARMACIE D'ABIDJAN</b> Mme. TAZI NADIA 22830215 - TelFax: 0522289376 22830215 - INPF: 699000058	 7/06/21	 5475,180

## **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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
	D	00000000	G	
	B	00000000		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol inj  
solo b3 st

P.P.V : 579,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol inj  
solo b3 st

P.P.V : 579,00 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
TOUJEO 300 UI, sol inj  
solo b3 st

P.P.V : 579,00 DH



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160342

Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280  
Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280  
Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 27,70 DH  
Bayer S.A.



7862160342

6 118001 090280  
Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V : 27,70 DH  
Bayer S.A.



7862160342

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

LOT : 200995

UT AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

LOT : 200996

UT AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

LOT N°:

LOT : 200996

UT AV : 09/2023  
PPV : 57,80DH

LOT N°:

LOT N°: