

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

N° W21-675695

101728

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZERRAR ELMEHDI
 Date de naissance : 10/01/1987
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2022
 Nom et prénom du malade : Benzine Aminu Age : 37 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RCH + Pathologie cardiovasculaire
 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 : CASABLANCA

Le : 01/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-675695

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
04/01/22	CS	1	Etc	INF : 090005042

[illegible][illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 04/01/2023

ORDONNANCE

Docteur : M^{me} Benzine Amino

x3
1/ Immuret 50 mg cp
3x 294100 3cp/jr pdt 3 mois

x12
2/ Ferplex amp
12x 60100 1amp x 2/jr pdt 2 mois

20100
3/ Daflon 1000 mg cp
1cp x 3/jr pdt 4 jrs
puis 1cp x 2/jr pdt 3 jrs

4/ T. Tonoreine suppo et pommade
1 suppo enrobé de pommade x 2/jr

PHARMACIE HALL
24, Bis, des Vigneaux
Oasis / Casablanca
Tél. 05 22 48 30 30

UNIQUEMENT SUR ORDRE - Liste I.

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 INRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 INRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 INRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

201,00

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

