

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

Dentaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0010118

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZMI EL MOSTAFA

Date de naissance :

23.12.1951

Adresse :

112 LOT EL WAFA H. DEROUA

Tél. : 0663072895

Total des frais engagés :

693,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.01.2022

Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA

Age : 23.12.1951

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

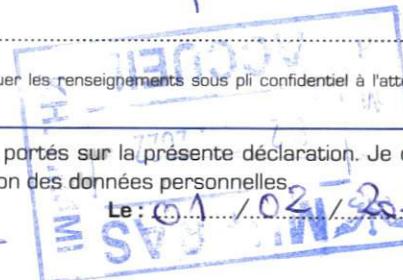
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :



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
81				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUAMO Gouvernement d'El wafa Déraou 05.22.23.29.31 wafa 05.22.23.29.31 wafa 05.22.23.29.31 wafa	03/02/2022	693,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l

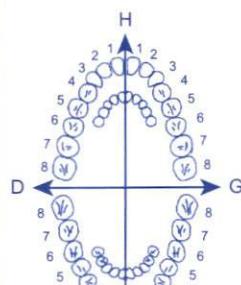
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux												
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	B													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		MONTANTS DES SOINS												
		<input type="text"/>												
		DATE DU DEVIS												
		<input type="text"/>												

M... AZmi EL Mostafa

~~MAHADIA DE EL OUMOUMA~~
à l'ouissement el wafaa
Deroua
06.09.2013.20.54

DEPouA: Le 03/02/2022

Facture N° 17

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	Staged 700/19.00	107,60	107,60
1	staged 702/30	36,20	36,20
3	TOMA 10	57,80	173,40
3	condominal 8.00	POZET PHARMACEUTIQUE 10,10	30,30
3	Xandagic 163	35,70	107,10
1	liposynthyl 163	119,80	119,80

LOT : 1100
PER : 10/23
PPV : 57,80 Di



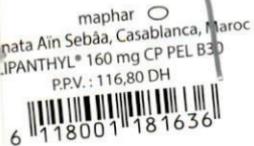
6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

PPV: 50,70 DHS



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/3
PPV: 50,70 DHS



Cardensiel® 3,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS



LOT 212001
EXP 09 2024
PPV 36.20



~~LOT : 1099
PER : 06/23
PPV : 57,80 DH~~





valable 3 mois

Le / /20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : AZMI EL MOSTAFA

Présente *elle souffre d'une maladie avec fracture AT1 + STORS*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*Candesartan (1), Kefurol (1) - Dexamethasone (1)
Lipofyl 160 (1) - Sotalol (1x1)*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

*MENDES TEL. 05 35 40
M. 43, Rue Abdellal KODDADI
DOCTEUR EL HAFAGHOU
CARTE D'OCRE*

● ○ ○

SHOT ON POCO M3