

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº M21- 040669

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 23.06.1959

Adresse : Rue 22 N° 12 GREF

HAY EL OULFA LASABLANCA

Tél. : 0656 00 5857

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : Nr. RIMANY ELADOUZI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

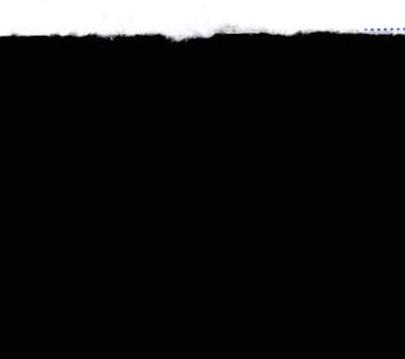
Nature de la maladie : Diabète

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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : _____ / _____ / _____

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/01/22	G		300 DH	Hôpital Universitaire International Professeur Assistant LAIDA Eletrochirurgie et maladies métaboliques 601252113

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOUKKOS SARL YOUNES BELAYACHI 127 R ^e Quai 22 Ouled Casablanca Tél. Fax: 05 22 90 51 07	21/01/22	YOUNES BELAYACHI HARMACIE LOUKKOS SARL 127 R ^e Quai 22 Ouled Casablanca Tél. Fax: 05 22 90 51 07 1752,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

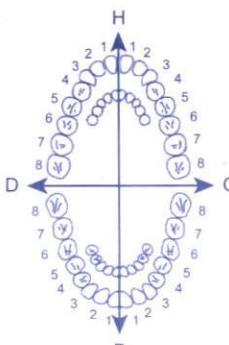
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

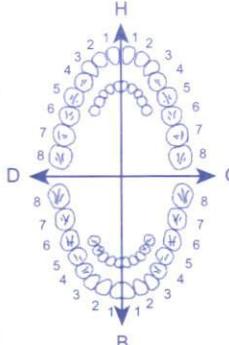
H	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553
B	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553
B	B

ODF



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

27/01/22 .

Nrc. RIMANI - 5C - ANDALOUSI NIMT

1 - Kartis ischek - 152,50 X 4

24 u 8 le sm → 3 m.



2 - mazeng
mazeng
14 a'z
10 km
127 Bt'Qad 22 Oum Rabii Casablanca

YOUNES LOUKOU
THERAPEUTIQUE
127 Bt'Qad 22 Oum Rabii Casablanca
Fax: 05 22 80 31 07

571 X 2,

→ 3 m.



3 - Babellit dm lekt glycup.

36 C / h → 3 m.

1752,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur Assistant LAIDI Saoukaina
Endocrinologie et maladies métabolique

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 Sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

PHARMACIE LOUKKOS SARL
127 8^e Quai BELAYACHI
Tél: Fax: 05 22 90 51 07

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-73-270-2

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 8485 / 2022 du 21/01/2022

Nom patient : RIHANI-EL-ANDALOUSSI MINA

Entrée 21/01/2022

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/01/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'endocrinologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
E-mail: contact@fckm.ticnet.ma