

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 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

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.

N° W21-696084

M 21-696084
M 21-696084

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KETTANI SADIK HAMID

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 RUE MIMOUZA N 23 HAY ARRABA

ASAB LAN C

Tél. : 2611220765

Total des frais engagés : 912,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erraha
Tél: 05 22 26 58 91 Casablanca

Date de consultation : 24 MAI 2022

Nom et prénom du malade : D-EZ HRAICHI Naim

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 05/05/2022

Le : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : *lalleus*

H. H. 25 MAI 2022

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
14 MAI 2022	1G	01	200,00	INP : 091124410 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha 5001 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL. W. 114, rue Bassas 93140 Bondy Tél. 01 49 22 36 84 30 - C Entente-34000	25/05/22	712,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (Nature of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Coefficient (Coefficient: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)																		
				INP : <input type="text" value="11111111"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="11111111"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="11111111"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="11111111"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="11111111"/>																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B		
D	H	G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="11111111"/>																				
		MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="11111111"/>																				
		DATE DU DEVIS <input type="text" value="11111111"/>																				
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text" value="11111111"/>																				

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
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.36.58.91

Casablanca, le : 24 MAI 2022 : الدار البيضاء، في :

1^{me} El HRAICHI Nââme

AS 130,00 X3 + Amep 5 mg
748,-

49,40

AS 581043 + CardenSiel 5
748,-

49,40

130,00 X3 - Atiken 80 mg
748,-

49,40

712,50 (U. de 03 mois)

49,40

Dr. SADIK Fouzia
Médecin et
104, Rue Mimouza Hay Erraha
Tel: 05 22 36 58 91 Casablanca
1^{er} étage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

Lot n°:

Date d'exp.:

PPV :

130,00

Lot n°:

Date d'exp.:

PPV :

130,00

Lot n°:

Date d'exp.:

PPV :

130,00