

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2140 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M. DAHAN R. KIA

Date de naissance : 30-01-60

Adresse :

Tél. 061447819 Total des frais engagés : 1199 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2019

Nom et prénom du malade : DAHAN R. KIA Age : 58 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrose du genou droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

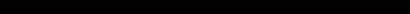
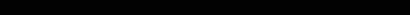
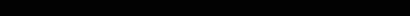
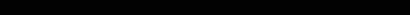
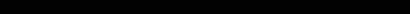
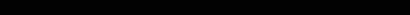
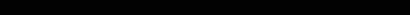
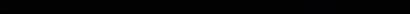
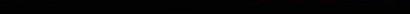
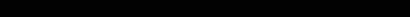
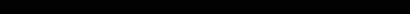
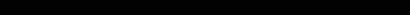
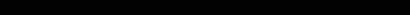
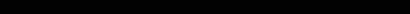
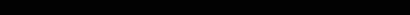
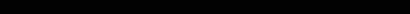
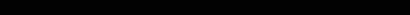
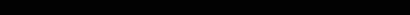
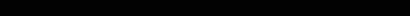
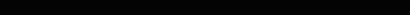
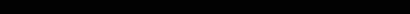
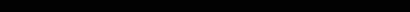
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Berrechid Le : 09/05/2022

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
06/05/2022	Cs	2	2000 DT	                                                                                                        <img alt="Handwritten signature of Dr. Meriem Aissa Berrechid" data-bbox="510 17020 880

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie le Grand Boulevard 100, Nador, Maroc ct: 05 22 03 59 59 NFE: 062105036	06/05/82	500 Dhs
	06/05/82	499,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

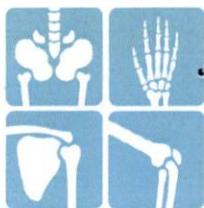
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem LAANAYA

Médecin Spécialiste en Rhumatologie
Maladies des Os, des Articulations
et de la colonne Vertebrale



الدكتورة مريم لعانيا
طبيبة إختصاصية في أمراض العظام
و المفاصل و العمود الفقري

Berrechid, le : 08/05/2021 برشيد، في :

Dr. IMANE ZINEB
Sté Pharmacie de Grand Boulevard
Lot 345, Lot 345, Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INP: 062105038

Hôpital Dahman Rkba.

DUREE: 00:00:00
T.D: 120002
DATE: 02/2025
PRIX: 350,00

1 - Diclofenac gel 2



350,00

1 gel pour 3 jours
à prendre

après repas pdt 2 Heures puis
avant d'1 Heure puis alternativement.

2 - Celebrex gel 200mg



150,00

1 g pour pdt 3 jours

puis 1 g pour pdt 7 jours.

à prendre



Centre d'Affaire berrechid, N°344 Nasra

Tél : 05 22 03 03 01 - Email : dr.

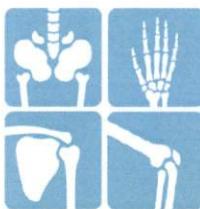
PPV: 150,00

Lot: 128981
Exp: 02/2026

com

Dr. Meriem LAANAYA

Médecin Spécialiste en Rhumatologie
Maladies des Os, des Articulations
et de la colonne Vertébrale



الدكتورة مريم لعناية
طبيبة إختصاصية في أمراض العظام
و المفاصل و العمود الفقري

Berrechid, le : 06/05/2022 برشيد، في :

Mme Daher Rida -

٦٩٩,٥٥

Genouillère droite.



٤٩٩,٥٠

Dr. IMAINE
Site Pharmacie le Clos
Lot 345 Lot Nasrallah
Tél: 05 22 03 59 36
INPE: 062 03 59 36



مركز الأعمال برشيد، رقم 344 نصر الله، الطابق الأول رقم 3 – برشيد
Centre d'Affaire berrechid, N°344 Nasroallah, 1er Etage N°3 - Berrechid
Tél : 05 22 03 03 01 - Email : dr.laanayameriem@gmail.com

Le 06/05/2022

Pharmacie le Grand Boulevard

345 Lotissement Nasr Allah

Mme.DAHAN Rkia

Boulevard Mohamed V

BERRECHID – MAROC

Tél 05 22 03 59 59

Facture

Item	Désignation	PU	Qté	Total
1	THUASNE GENOUILLERE REF 2340	499.00	01	499.00

Montant global 499.00 MDH

Arrêté la présente facture à la somme de Quatre Cent Quatre-Vingt Dix Neuf Dirhams .

IF 47320999 ICE 002652390000085 PAT 40703233 RIB 0116210000012100028471.74 INPE 062105036

Dr. IMANE ZINEB
Sté Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036