

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 118894 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07050

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite anticipée

Nom & Prénom : LAAGIRA Rachida

Date de naissance : 20/08/1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661 888 131

Total des frais engagés : 1756,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + thyroïde.

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.

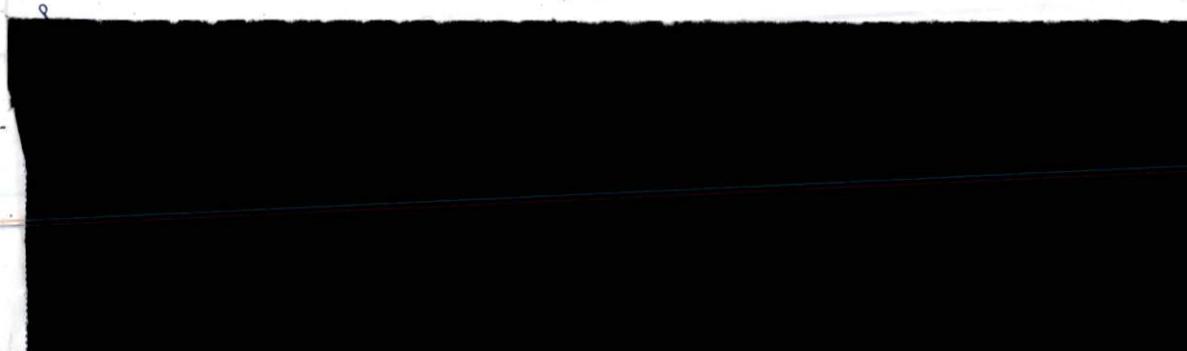
Fait à :

CASA

Le : 10/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Laagira



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
15/13/2022	bilan			
24/13/2022	C.S.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUFI Cooperativa Achcharaf, N° DM2 Hay Inara, Haddaouia - Casablanca Tél. : 05 22 21 64 09	2022/07/21/2022	MONTANT DE LA FACTURE DR. BOUCHRA TAOUFI HARMACIE ACH-CHARAF Montant de la Facture Dr. Bouchra TAOUFI Cooperativa Achcharaf, N° DM2 Hay Inara, Haddaouia - Casablanca Tél. : 05 22 21 64 09

ANALYSES - RADIographies

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
H		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D	G	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
B					

(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	
H		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D	G	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
B					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		DATE DE L'EXECUTION	
H		25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D	G	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
B					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النادرة

Diabète, Cholesterin, Obésité, Thyroïde, Goitre
Traitement : Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
Levothyrox® 100 µg.
6 118001 102020
102020
100 µg.
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Nom : LAASIRA Raluda

24.40 x 3 = 73.20 1.5
Levothyrox 100

6 118001 3 = 20.40 1.5
Levothyrox 25

107.20 x 6 = 646.20

Cacit 1g 1.5

172.20 x 3 = 516.60 1.5
Un alpha 0.1 µg
89.80 x 2 = 179.00

D3 Norm 20s

20.80 1.5

Glycophage 1.5
PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUFIK
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddaouia - CASA
Tél.: 03 22 21 64 09

= 1456.20

1 qf/

1/2 qf/

1 qf/

1 qf/

10 griffes x 3mls.

Titulaire d'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue d'Amyot d'invile
CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 1 µg
Capsules
Boîte de 30 Capsules Molles

6 118001 200740

PPV: 172,20 DH
AMM N° 713/16 DMP/21/NRQ

Titulaire d'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue d'Amyot d'invile
CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 1 µg
Capsules
Boîte de 30 Capsules Molles

6 118001 200740

PPV: 172,20 DH
AMM N° 713/16 DMP/21/NRQ

6 118001 040049

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

قضاء الرزدانى 230

- Tél.: 05 22 23 70 71

Lot:
A consommer
avant le:
PPC: 95,50 DH

210729

09/2024

Rou 6 118001 200740
PPV: 172 DH 20



6 118001 040049

Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70



8 051126 634501

Lot: 210971
A consommer
avant le: 01/2025
PPC : 89,50 DH



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

20,80