

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

**MUPRAS NO P19- 0033751
RECEPTION 9**

124026

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5652**

Société : **RAM**

Actif Pensionné(e)

Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **SAFRI MILANDI**

Date de naissance : **28/01/1962**

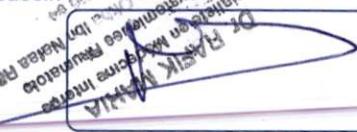
Adresse : **40, ZAAP EL XEFA DEROUA
Baradiid**

Tél. : **0668488354**

Total des frais engagés : **300 + 940,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age:
28

Enfant

Nature de la maladie :
SPF

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
ES

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 : **26/10/2022**

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
78 JUIN 2011	C	3	101	<i>Signature du Médecin attestant le paiement des honoraires</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE DE DUN Dr. Sead BEN EL DOUN N°: 91, rue NAIT N° 4-DEROUA Tunisie - 1002 NPAE : 062074810	28.06.22	940,70

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
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mariya RAFIK

Spécialiste en Médecine Interne
 Maladies Systémiques
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang

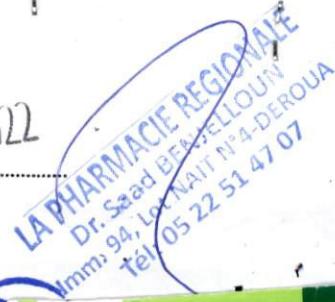
الدكتورة رفيق مرية

اختصاصية في الطب الباطني
 الامراض المجموعاتية
 امراض الروماتيزم
 امراض الدم



طبيبة سابقة في مستشفيات
 مولاي يوسف و ابن رشد
 في الدار البيضاء

Berrechid, le : 28 Juin 2022



Drs. H.A.BI.B. M.J.S.
 28,30 X 7
 1.) Diclofenac 50 mg
 LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BENJELLOUN
 Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
 Tel: 05 22 51 47 07
 22,29 C. E. O. S. 1 → 22
 96,00 X 3
 31 77,50 X 2
 w) AL 2 E N 2 →
 45,30 X 2
 8.) Vaseline - spray
 51,00 1 000 ml 86
 G.) TONGONIL 1 cu



ة ابن نافع الطابق السفلي - برشيد

Tél.: 05 22 32 55 94 -

728860

Diclomax®

Diclofénac

50mg | 20
COMPRIMÉS

GENPHARMA

28,30

Diclomax®

Diclofénac

50mg | 20
COMPRIMÉS

Diclomax®

Diclofénac

50mg | 20
COMPRIMÉS

GENPHARMA

28,30

Diclomax®

Diclofénac

50mg | 20
COMPRIMÉS

GENPHARMA

28,30

PPV: 96DH00

PER: 06/24

LOT: L1070

PPV: 96DH00

PER: 04/24

LOT: K3638-1

Diclomax®

Diclofénac

50mg | 20
COMPRIMÉS

28,30

GiloxSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GiloxSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

13T 16198/FC13
10.2024 FPC 79,50

22,00

22,00

22,00

22,00

22,00

22,00