

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057360

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02445 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : K. Benada JAOUAD

Date de naissance : 13-02-58

Adresse : habituelle à CASR

Tél : 0629465965 Total des frais engagés : 420,30 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 :

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 : 29-08-22 Le : 29/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

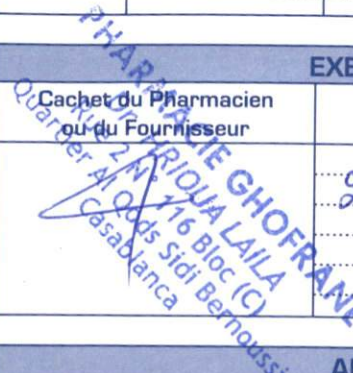
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/08/22	470,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

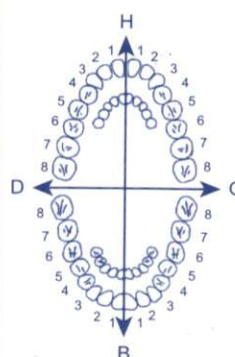
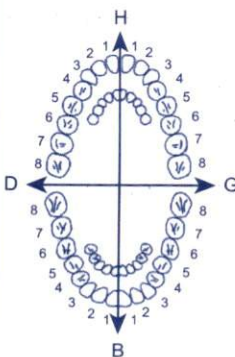
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE GHOFRAŢE

الزقة 2 الرقم 116 بلوك «س» حي القدس سيدي البرنوصي - الهاتف: 022 73 26 31 - الدار البيضاء

Mme HRIOUA Laïla
Docteur en Pharmacie
Diplômée de la Faculté
de TOURS en France



السيدة أهريوة ليلي
دكتورة في الصيدلة
خريجة كلية تور بفرنسا

R. Berrada Tahmad

Casa, le 27/08/2022

FACTURE N° 000580

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Amaril 4mg	3	68,80	
Lantus solostar 1	1	152,50	
Glucophage 1000mg	4	28,00	
		<hr/>	
		470,30	

La Présente Facture est Arrêtée a la somme de :

Quatre cent soixante dix, trente

Signature

Cachet

Cachet
PHARMACIE GHOFRAI
 Dr. HRIOUA LAÏLA
 Rue 2 N° 116 Bloc (C)
 Quartier Al Qods Sidi Berr
 Casabl

28.00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH

P.P.V: 68,80 DH



6 118001 081325

ts

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

P.P.V.: 6888

P.P.V : 68,80 DH



118001 081325

28100

28,00

28,00

Sanofi-aventis Ma
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b
P.P.V. 
6 118001 0

Amarel 4 mg cp b
P.P.V. 689001
6 118001 01

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V. 68800H
6 118001 081

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V. 68800H
6 118001 081



081325

325  68 8 0

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebba 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 Sebba 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 Sebba 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 Sebba 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 Sebba Casablanca
Lantus Solostar 100U/ml inj
b1 Sty 3ml
P.P.V. : 152,50 DH



6 118001 081608