

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1651

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Jamal El Arab Lahsen

Date de naissance : 1953

Adresse : 56 Bd Abderrahim Boua Gid Hay Errachidia

Tél. : 06 55 91 08 37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age:

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme CHAOUI SAMIRA 1 Rue Al Oukhouane - Beauséjour Casablanca - Tél 05 22 39 89 73	30.8.22	053,120

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 Honoraire
		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.

bilan de l'ODF.

125,60	125,60	125,60
UT. AV. : 01 2024 103 40 LOT N° : 1301358 P.P.V : 103,40	UT. AV. : 01 2024 103 40 LOT N° : 1301355 P.P.V : 103,40	DEBUT D'EXECUTION
UT. AV. : 01 2025- 103 40 LOT N° : FW7215 P.P.V : 103,40	6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 50,70 DHS	6 118001 100859 Cardensiel® 2,5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 50,70 DHS
KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70	6 118000 061847 00000000 35533411 11433553 B	KARDEGIC 75MG SACHETS B30 P.P.V : 30DH70
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B	MONTANTS DES SOINS
D	G	DATE DU DEVIS
B		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Jamal El Aïat Lahcen
 Matricule : 4651 N° CIN : B 373 N05
 Adresse : 56 Bd Abderrahim Bourabid Hay Farache

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. Latami Meriam Spécialité : cardiologue.
 N° ICE : 002366 18000056 N° INPE : 094845 621.
 Certifie que Mlle, Mme, M. : Jamal El Aïat Lahcen.

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

M. Jamal El Aïat Lahcen a fait un pontage coronarien

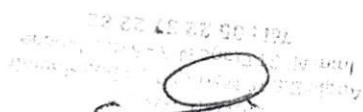
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : cardioaspirine, Bupréthonax, cardenol, Tabex ou LDNO 20.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 08/07/2022

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

PHARMACIE DU C.A.F.

CHAoui AKOUZ Samira
Docteur en Pharmacie

*1, Rue Al Oukhouane
Beauséjour - Casablanca
Tél.: 022.39.89.73*



صيغة المعاشر

الشاوي أكوز سميرة
دكتورة في الصيدلة

١، شارع الأقحوان،
بوسيجور، الدار البيضاء
الهاتف: 022 39 89 73

FACTURE N° 001996

M: Faouel El Arob Luh Sen Casablanca, le : 20.0.22
Dolt

R.C. : 230678 - Patente : 34808005 - C.N.S.S. : 2150788