

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° W21-679858

129033

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12069

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MSADEK HAMID

Date de naissance : 18/04/1977

Adresse : 57 rue 202, Hs

Ain Chch Casa

Tél. : 06 60 401610

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2022

Nom et prénom du malade : MSADEK HAMID

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : FEVER + TRÉMOR + VIT D'AIR

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 : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/06/2022	S	-	150,00	INP : 00000000000000000000000000000000 Angoulême 26/06/2022 Médecins d'entreprise - 36 Charente Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE FAMILIALE INARA SARL AU N°15 Casa - Tél: 0526 Hay M.Y. Abdellah Rue</p>	05/06/02	778,80

850 ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	INP : <input type="text"/>																						
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td><td style="text-align: center;">D</td></tr> </table>				H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		B		D	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																								
25533412	21433552																									
00000000	00000000																									
<hr/>																										
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
B		D																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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

Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la
Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



Le code INPE : 091177907



Casablanca, le :

09/06/2022

الطب العام

(نساء، رجال وأطفال)

دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

الدار البيضاء في

Nasra K fineb

1	30.23	loop / sem	3m83}
1	Dare 2000	S.V	
2	60.00 X	loop / J	3m85 -
2	feple X	S.V	
3	44.00	cas / J	le mat
3	Nasra	S.V	
4	45.97	loop /	
4	trinebat	S.V	
4	X18.88	DA	

PHARMACIE FAMILIALE INARA
SARL AU
Hay M.Y. Abdellah Rue 182
N°15 Casa Tel: 0529 294 850

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés. Studio Ain chock) - Casablanca

الرجاء إحترام وصفة طبيبك

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés. Studio Ain chock) - Casablanca

الرجاء إحترام وصفة طبيبك

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés. Studio Ain chock) - Casablanca

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés. Studio Ain chock) - Casablanca

PPV: 56,30 DH
LOT: 21I27D
EXP: 09/2023

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K23D
EXP: 11/2023

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K25D
EXP: 11/2023

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

LOT : 3721
UT. AV : 10-26
P.P.V : 45 DH 90