

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-654038

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Mo 30 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRIBA FADILA

Date de naissance : 03.06.1975

Adresse :

Tél. : 06.66.62.06.00 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 SEP 2020

Nom et prénom du malade : AMRIBA Fadila Age :

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
02/09/12		1	2000	INP 091058384

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur

Date

Montant de la Facture

02/09/12

1049,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan d

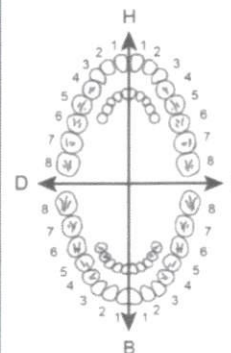
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553

B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Amal BOUSSOF

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
Nutrition-Régime Spécialisé
Gynécologie Médicale

الدكتورة أمل بوصف

الطب العام

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى (التلفزة)
التغذية. الحمية (ريجيم)
طب النساء

ORDONNANCE

Casablanca, le 02/09/2022 في الدار البيضاء.

M^{lle} AMRIBD Fadila

50,00 x 6

Faligle 09

1 gel a 2 1 J.

100 03 moe

Reph a

60,00 x 5 fl 1 a me Sh

100 03 x 5

Cinabac 500 mg



74,80

pluag



31,60

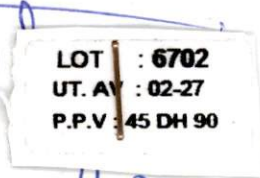
Cynoc



57,00

time 20

45,30



1049,30



AMRIBD FADILA
Mle 11030

N° W21.654038

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

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

فوليفير (م)

500 ميكروغرام **B9**
150 Fer +

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH

LOT:22008 PER:05/2024
PPV:50,00 DH