

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057526

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04438

Société : RAM

☒ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LATIFNE MUSTAPHA

Date de naissance : 01-01-1961

Adresse : TAMILLY RUE 84 N° 30 CASABLANCA

Tél. 0521 915358 Total des frais engagés : 703,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/08/2022

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 : 19-08-2022

Le : 19/08/2022

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.

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

Autorisation CNDP N° : AA-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
19/08/2022				Professeur M. ACHOURI Nethochik 76, Bd. Abdelmoumen Etage Commercial Koutoubia 4ème Tél : 05 22 88 93 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Oasis Mme R LAHLOU EL KATEL 64, Boulevard M. Bouabid - Oasi Tél : 05 22 25 33 74	18/08/22	703,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

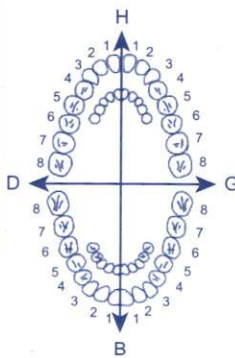
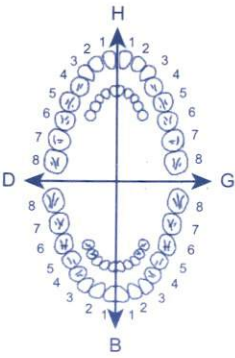
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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



ARDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

فوسيدين 2%

مرهم أنبوب من 15 غ

39,30

Tube de 15 g



6 118000 120575

Casablanca, le...

18/8/22

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39,30

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743

Pharmacie de

Mme R LAHLOU E

84, Boulevard A. Boua

Tél: 05 22 23 23

187.00

1) Aclav 1g (SV)

297.00

1g x 21 j x 10

2) Floxet 1g (SV)

473718

18.40 1g x 21

213142 1 EXP 12 2024
PPU 297.00 DH

3) Tranxène 5 (SV)

473719

29.10

4) Dolifen 600 (SV)

ACLAV 1g/125mg Poudre pour suspension buvable, 24 sachets



6 118000 091752

39.00

1g x 21

Doltrau

PPV 29DH10
PER 05/24
LOT L1720

18.19/08/22

473720

39.00

LOT: 6123
PER: 01-24
P.P.V: 187DH00

Casablanca
52/53/54 - Fax: 05 22 23 8

Dolifen® 600 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 042181

$$31.50 \times 2 = 63.00$$



Daussement

Tout le 31

$$39.70 \times 2 = 79.40$$



Fucidine posade
1 att jar

Pharmacie de l'Oasis
Mme R. LAHLOU EL KATE
64, Boulevard A. Bouabid - Oasi
Tél : 05 22 25 33 74

A zéro
das 21 j

$$T = 703,90$$

Professeur M. ACHOURI
Neurochirurgien
76 Bd. Abdelmoumen - Résidence
Koutoubia 4ème Etage - Casablanca
Tel: 05 22 98 43 75

[Handwritten signature]