

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° M20- 0003196

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

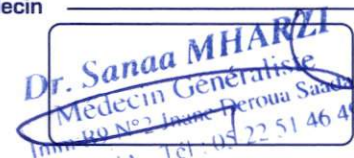
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKILIM
 Date de naissance : 22-06-1955
 Adresse : 444 Lot 85 ONAR AERONA
 Tél : 0663014804 Total des frais engagés : 670,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

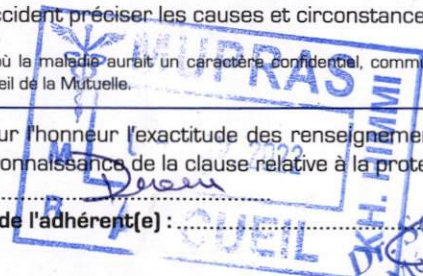


Date de consultation : 06 Juin 2022
 Nom et prénom du malade : SAHMAOUI ABDELKILIM Age : 22/06/1955
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Suivi AL2 + AL3
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, 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 : Sanaa le 06 Juin 2022

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



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
06 Juin 2022		—	1501,00	Dr. Samir M. DEROUA Médecin Généraliste Imm 89 N° 2 Inaxe Deroua DEROUA - Tel: 05 22 51 46 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/22	525,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

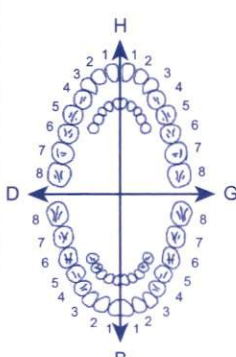
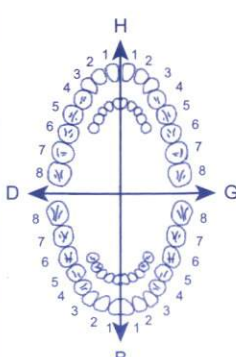
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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

Dr. Sanaa MHARZI



الدكتورة سناء امحرزي

Médecine Générale
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplôme Universitaire en Diabétologie
Diplôme Universitaire de Nutrition
et Thérapeutiques Métaboliques
Suivi de Grossesse
ECHOGRAPHIE

الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم جامعي في أمراض السكري
دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض
متابعة الحمل
الفحص بالصدى

Date : 06 JUL 2022

Mr SAHMAoui Abdelkrim

Pharmacie Despoix
S. Deva Pharmaceutique
H00066
LOT: 220267
DLUO: 02/2025

ampoule par jour, de préférence le matin,
pendant 20 jours en période difficile ou 10
jours pour l'entretien, en forme.
bien agiter

21084 0224
LOT PER
Prix 99.00

EN For 1 vial of 10 ml
90 ma

1/ Damicron 600
2cp 1x

2/ Janumet 50/1000
1 cp x 2/5

3/ Relaxine 345
1 cp

4/ Juxtonus : 1 Amp 1x et u 5/

Conseils d'utilisation:
D'après le
dans u
rendre
e mar
le ou
agile

21582 1124
LOT PER
Prix 109.00

Ten
aux enfants de moins de 1
ans, et aux femmes enceintes o
allaitantes.

allaitantes.

21582 1124
LOT PER
Prix 109.00

Instructions for use:
Dilute the content of the vial in a glass of
water or fruit juice. Take 1 vial per day
preferably in the morning, for 20 d

21560 1024
LOT PER
Prix 109.00

Instructions for use:
Dilute the content of the vial in a glass
of water or fruit juice. Take 1 vial per
day, preferably in the morning, for 20 d

عجالة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.
Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.
Tél. : 05 22 51 46 49