

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.



142750

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023861

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2951 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAZZAQ Ahmad Date de naissance :
Adresse : habituelle.
Tél. : 0661887693 Total des frais engagés : 2175,50 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Rihy Fatima Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète de type 2 et hypertension
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 : Casablanca Le : 26/12/2022
Signature de l'adhérent(e) :

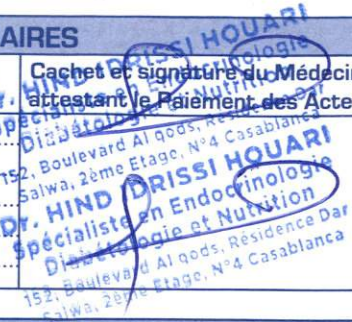
Adresses Mails utiles

- 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

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
13.10.22	CS		300,00	
21.10.22	CS		Gratuite	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/22	1875,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

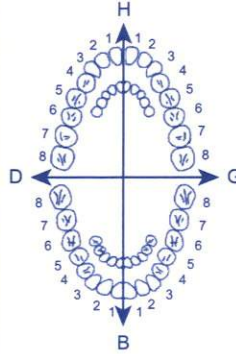
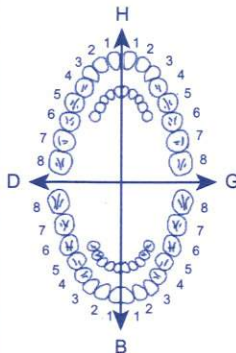
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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"/>															

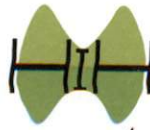
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind Idrissi Houari

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies Métaboliques et Nutrition

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 437,00 DH.



الدكتورة هند إدريسي هوارى

أخصائية في أمراض الغدد الصم، داء السكري
أمراض الأيض و التغذية

Dr. Fatiha
ORDONNANCE

Dr. HIND IDRISSE HOUARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
152, Boulevard Al Qods, Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca
Date: 20/09/2022



43700 x3
traitement
de
03 ans

① - Janumet 50/1000

1cp x 2jr ap
déjeuner et c

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

② - Diamicon 600

78,70 x2 1cp et deuil for
petit déjeuner
44,70

78,70

78,70

③ x Levollux 1000

1cp/j

Dr. HIND IDRISSE HOUARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
152, Boulevard Al Qods, Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

Signature

Pharmacie Omeriya Casablanca
Rue 49 Lot Omeriya Casablanca
Hay Inara, Ain Chabab - Casablanca
Tél: 05 22 52 35 20

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Tél. : 0522 21 97 10 / 06 16 98 48 28 (Urgence) hind.houari.endo@gmail.com

152, Bd Al Qods, Résidence Dar Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

152, شارع القدس، إقامة دار السلوى، الطابق الثاني رقم 4 - الدار البيضاء

④

Levoltyrox 25

140lj (Zouitawant
le petit dyer)

63,00 x 3

⑤

TECPRI

140lj le uat

57,80 x 3

⑥

TORVA 10mg

140lj le soir

⑦

Dealez 4mg

140lj le uat

1875,60

Pharmacie Omaniya Casablanca
400 Lot Omaniya Mosque Omani
lay Inara, Ina Check - Casablat
TEL: 05 22 52 36 29

63,00

LOT : 1106
PER : 07/24
PPV : 57,80 DH

LOT : 1106
PER : 07/24
PPV : 57,80 DH

63,00

63,00

LOT : 1106
PER : 07/24
PPV : 57,80 DH