

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.

N° W21-776267

243574

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7337	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUHADDIoui Abderrahmane
Nom & Prénom : BOUHADDIoui Abderrahmane		Date de naissance : 18/03/68	
Adresse : Laftimelle			
Tél. 0661062138	Total des frais engagés : 207,60 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 03 JAN 2023	
Nom et prénom du malade : Boulaâdi Lahcen	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : S - Grippe.	
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 : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
15/01/2011	C	-	150-	INP : 092050293 Boudad Latifa Docteur en Pharmacie Siham GUELLAOUA Résidence Annaim - Oulfa tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacien ou Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM Docteur en Pharmacie Siham GUELLAOUA Résidence Annaim - Oulfa tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca 092050293	03.01.23	150,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

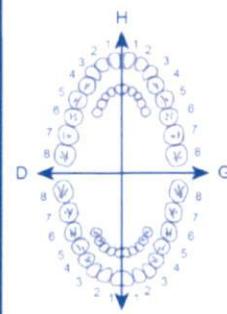
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

الطب العام

Diplôme U. en Diabétologie

دبلوم جامعي في داء السكري

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

خريجة كلية الطب العام

بالدار البيضاء

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

03 JAN 2023

Bouhadidou Mohamed

مكروماكس

أزيتروميسين

مضاد حيوي

63, Macou 500



AS

19,00 Febux 400



AS 317

أقراص
PHARMACIE RE
Siham GLU
Docteur K.C. Ph
4, Résidence Anna J.C.P.
Tel: 0527 943 09

LOT : 5828
UT. AV : 12-23
P.P.V : 63 DH 00

LOT : 1585
UT. AV : 07-25
PPV : 19DH00

10,30 - Dolip 500



AS 317

PPV: 10DH30
PER: 10/25
LOT: L3502

15,30 Vita C 1000
10,60 AS



Vita C 1000®

Lot. Aymim, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca
Tel: 0522 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

شقة 3 الائعة - الدار البيضاء
المحمول : 0522 91 32 44
06 66 26 70 60

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 27001 5