

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° M21- 080837

146930

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	11110	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		LAARIFI LARBI	
Date de naissance :		01/01/1952	
Adresse :		COOP DVLAD HRIZ VILLA 16 RUE 1 HAY ELHOUZA Berrechid	
Tél. :		0661139092	Total des frais engagés : 3721,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	01/12/22		
Nom et prénom du malade :	EL FARONKI MALIKA	Age :	65 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète HTA cholestérol 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 : Berrechid

Le : 01/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
01/12/22	5	+	458.40	<i>DR KHALID FTIMA ZAHRA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Rida Dr. Siham TAHAR 122 Mosquée Rida Bay Rida (Achat du Service Spécial) 00000000 Tél/Fax: 05 22 33 00 22	01/12/22	3471.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

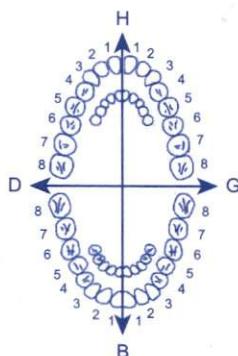
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplomée de la Faculté de Médecine Casablanca

Ancien Interne au CHU Casablanca

صيدلانية مساجد الرياض

Pharmacie Mosquée Rida

Dr. Sghair TAKAFI

N°: 1-2 Mosquée Rida

Tay Rida (A côté du Souk) Casablanca

Tel / Fax : 02 33 82 22

طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Ordonnance

Nom : El Fakrouki Malika

Berrechid, le : 01 - 12 - 22

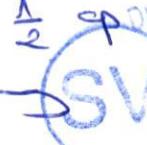
68,80 X 6

1) Amorep 4 →



350,00 X 4 1 cp - 0 - 1/2 cp

2) Gafraos met 50 / 1000



294,00 X 4 0 - 1cp - 1cp

3) Coveram 10 / 100mg



99,00 X 2 1cp → pt

Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

4) LD Nær 20 →



24,40 X 4 1cp → pt



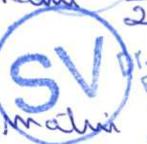
5) Levederly Nær 100mg



13,60 X 2 1cp → matin 1 h



6) Levederly Nær 25 mg



1cp e matin



T: 3471, 90



333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendoc@nologue@yahoo.com

1 Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

294,00

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

294,00

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

294,00

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

294,00

3 LOT : 221197

EXP : 09/2025
PPV : 99,00DH

LOT : 221198

EXP : 09/2025
PPV : 99,00DH

4 6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

5 6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

صيدلية مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Sihem TAHAR
N°: 1-2 Mosquée Riad
Mai Riad (A coté du Stade Sportif) Berrechid
Tél /Fax: 05 22 33 88 22