

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.

M22- 0029559

1466W8

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : SAFRI miloudi

Date de naissance : 28/01/1962

Adresse : 40, sop EL wrafae Derroua Berrachid

Tél. : 066849.8354

Total des frais engagés : 300+12.61,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : HABIB MINA Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : SPA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : ANS

Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formassier	Date 1mm. 94, lot 125707	Montant de la Facture
DA PHARMACIE REGIONALE DR. SAAD BENJELLOUN NAT N-A-DEBORA	38-1441921	0.61.921
26.2074810		

INPE : 062074810
ANALYSIS

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mariya RAFIK

Spécialiste en Médecine Interne
 Maladies Systématiques
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang

الدكتورة رفيق مريمة
 اختصاصية في الطب الباطني
 الأمراض المجموعة
 أمراض الروماتزم
 أمراض الدم

طبيبة سابقة في مستشفيات
 مولاي يوسف وابن رشد
 في الدار البيضاء

٩٣ JAN 2023

Berrechid le :

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BENJELLOUN
 Imm. 94, Lot 10, Route N°4-DEROUA
 Tel: 05 22 51 47 07
INPDE : 06 20 74 810

Mme BERRECHID le ٩٣ JAN 2023 / ٢٠٢٣

1) Azi 2 ١٤١ج ٥٦٠

٤٥,١٠

2) Epsc ٧٥ ١٨٦١ ج ٥٦٠

٥١,٠٠ ج ٤

3) Doc Lomad ١٤٠,٩٠ ١٤١ج

- ٦١ دخمل ١٧٦ ج

٢١٥,٠٠ ١٤٣٢ ج ٢٤

١٣٢,٠٠ ٥١ دل FASTEC

٩٦,٠٠ ٦) Doc DU ١٨ ١٨٦١ ج ٢٤

٢٩) PRM ١٤٣٢ ج ٢٤

زنقة عقبة ابن نافع اتطابق السفلي - برشيد

٢٩,٠٠ ج ٦ ١٤٣٢ ج ٢٤

Tél : 05 22 32 55 94

٨١ (CENS) ١٤٣٢ ج ٢٤

22,00

PPV 79DH70
PER 12/25
LOT L2690

22,00

Epyca® 75 mg

Prégabaline

14 gélules

PPV: 75DH10

PROMOPHARM S.A.



6118001260690

22,00

LOT 1

PER 07/2024 PPV 51 DH

22,00

22,00

22,00

51,00

51,00

51,00

PPV: 140,90 DH

LOT: 21K16

EXP: 11/2023

AMM N° 284/ITDMP/21/NNP

N° Lot: 1YU002

Fab.: 07/2021

07/2023 P.P.V 210.00 MAD

Per:

LOT : 8361

PER : 04/24

PPV : 132DH00

PPV: 96DH00

PER: 03/25

LOT: L3553-1

PPV: 96DH00

PER: 03/25

LOT: L3553-1

PPV: 96DH00

PER: 12/24

LOT: L1696-1