

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-769702

149634

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12871 Société : RAT

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : HADER MEHDI

Date de naissance : 29/07/1987

Adresse : RAY NASSER CASABLANCA TRANCHE 1 Immeuble APT 22 CASABLANCA

Tél. : 0661 93 1211 Total des frais engagés : 483,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : RANA RANA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Adhénocarcinome

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 : 24/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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'Horizon
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
13/12/22		3	23,60	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/22	23,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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.

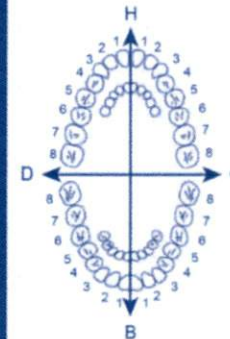
Important :

Veillez 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

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

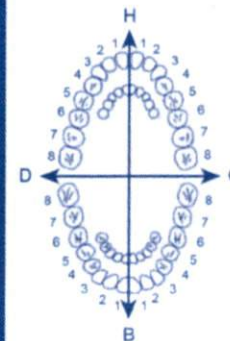
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 13 DEC 2022

Docteur :

Razza Raza

61.20x3

GRACIAL

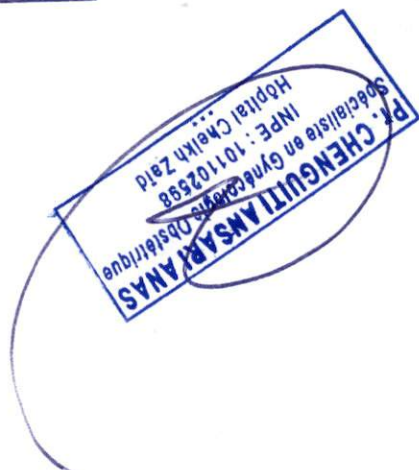
16r ja
22j

17r 15j du rgt.
30ms

183.60

10205784

PHARMACIE
14, Av. Tadmou, 10130 Aviation
Rabat - Tél : 05 37 22 10 19





Service Admission/Facturation

N° Ordre : 1

Quittance N°

2 737 047

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C223755855

DI : 3 121 325

Patient : BAZZA RAJAE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/12/2022

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Lè reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N° 2058376

Gracial®
Désogestrel/Éthinylestradiol
0,025 mg/0,040 mg

1 plaquette de 22 comprimés
(7 bleus, 15 blancs)
Voie orale

غراسيال® 0,025 ملغ \ 0,040 ملغ
ديزوجيستروال / ايتينيلوستراديول

1 صفيحة من 22 قرصا
(7 أقراص زرقاء، 15 قرصا أبيضاً)
عن طريق الفم

GRACIAL®

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés
(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)

AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ

PPV: 61,20 DH



6 118001 072415

Gracial 0,025 mg/0,040 mg

Désogestrel/Éthinylestradiol

غراسيال® 0,025 ملغ \ 0,040 ملغ

ديزو وجيسترال / ايتينيلسترايول

1 plaquette de 22 comprimés

(7 bleus, 15 blancs)

Voie orale

1 صفيحة من 22 قرصا

(7 اقراص زرقاء، 15 قرصا أبيض)

عن طريق الفم

GRACIAL®

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés
(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)

AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ

PPV: 61,20 DH



6 118001 072415

Gracial 0,025 mg/0,040 mg

Désogestrel/Éthinylestradiol

غراسيال® 0,025 ملغ \ 0,040 ملغ

ديزوجيسترال / إيثينيلسترواديول

1 plaquette de 22 comprimés
(7 bleus, 15 blancs)
Voie orale

1 صفحة من 22 قرصا
7 أقراص زرقاء، 15 قرصا أبيضاً
عن طريق الفم

GRACIAL®

Contraception orale, plaquette de 22 comprimés

(7 comprimés bleus et 15 comprimés blancs)

AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ

PPV: 61,20 DH



6 118001 072415