

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° M21- 069675

150080

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAR KHADI Saïda Ep Hady

Date de naissance : 25/04/80

Adresse : Hajfath 5 n° 29 Cas

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/1/23

Nom et prénom du malade : DAR KHADI Saïda Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DIABETE SUCRE

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 : Cas

Le : 30/1/23

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'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
30/11/23	C2		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30.01.23	1669,02

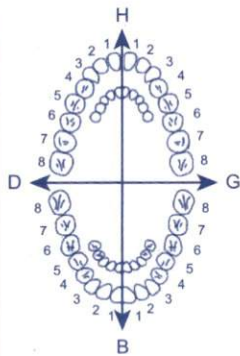
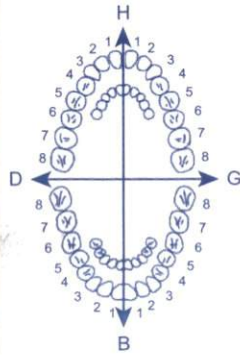
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

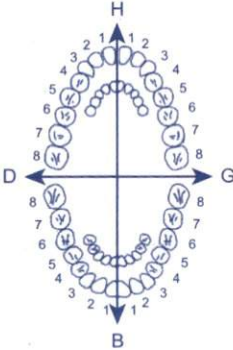
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

الدكتورة عرابوي باتال فتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le :

30/01/23

M. DARAKOU Saïda

6900 \rightarrow Glucen 1/2 par 1D



20000 x 8 = 160000
Baculize + 1 LK AL
2 cm x 6 15



* VIGNETTE

GLURENOR® 30 mg
60 comprimés O
PPV 69DH

Tracté de 3 →

166900

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoubir
Casablanca
Tél: 05 22 80 34 94

Dr. ARBAOUI FATIHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis
(En face Gare de l'Oasis) - Casablanca
Tél: 05 25 61 65 - GSM: 0663 43 95 48

إقامة جوهرة، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

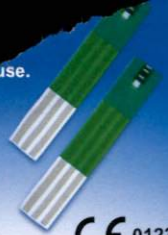
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

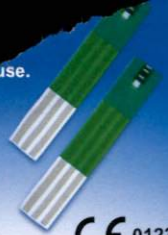
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

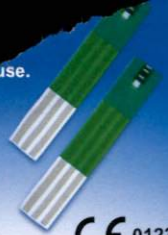
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

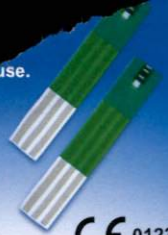
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

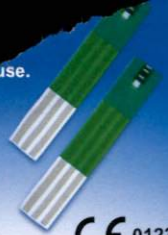
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

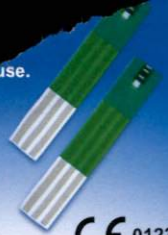
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

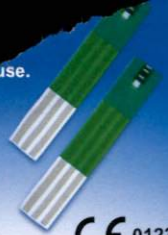
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

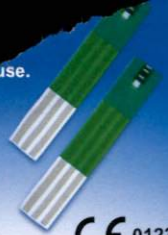
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

use.
dy.



©2020 ACON Laboratories, Inc.



6 8 2 6 0 7 5 3 5 2 1 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

**** PHARMACIE ANISSA ****

DR MAHMOUD FARKHOJAT

312.L.LOTISSEMENT ZEOUBIR CASABLANCA

Tél :

Patente N°: 32971190

N° R.C. : 278286

Compte :

CNSS : 6068747

Id.Fiscale: 50805205

ICE : 000489860000021

Le : 30/01/2023

Mm DARKAOUI SAIDA

FACTURE : 60039 du : 30/01/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
8	ON CALL PLUS BANDLET/50	200,00	1 600,00	0,00%

Total TTC 1600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE SIX CENTS DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	1 600,00	0,00	1 600,00
		1 600,00	0,00	1 600,00

