

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1461

Société :

RAM

Par
courrier

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR IMANE Ahmed

Date de naissance :

01-01-51

Adresse :

villa N° 5 Rue Sidi AL WAHDA LOT
Reggagh Berrechid

Tél. :

0661852142 Total des frais engagés : 834,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



ND
149993

Date de consultation : 26/11/22

Nom et prénom du malade : Imane Ahmed

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Synd. agipal

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 : 14/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21- 04535

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

14/02/23

TOTAL 834,50

Matricule : 1461

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 14/02/23

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
26/11/22 CS			ASSDH	 Dr: Sarah BELCADA Médecin généraliste TÉL: 0522 33 68 30 INPE: 061 192332

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. IMANE ZINEB Pharmacie le Grand Boulevard 345 Lot Nasrallah - Berrechid T: 05 2 03 59 59 P: 062105036	24-11-82	654,50

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
		A M	P C	I M	I V	
محمدى ترجى جعفر مصحى العجمى لجامعة عجمان 066 363 6363 الموافق	٢١/٩/٢٢			٥١٣		٣٠٠٤

VOLET ADHÉRENT

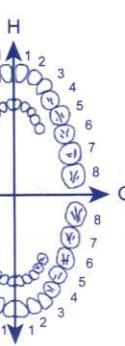
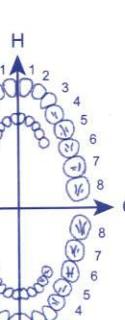
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع العمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Ordonnance

Berrechid le :

24/11/20
Dr. S. BELCAIDA
M. Ahmed
T. 0522 33 68 30
F. 0611 23 32

Ahmed

125, 30

- Vaxigrip variu

1 ml sc. une J.



14,00 x 2

- Doliparal 1g

140 x 3 J.



65,00

- Soramed 20 mg

240 J. poft



132,00

- Aefau 1g



119, 20

- Epinex 40 mg



Dr. IMANE ZINEB
Sise Pharmacie le Grand Boulevard
Lorramain 22 03 59 59
Tél: 0522 33 68 30
INPE: 0611 23 32

Belcaida
Sarah BELCAIDA,
Médecin Généraliste
Tél: 0522 33 68 30
INPE: 0611 23 32

20 شارع محمد الخامس بجزنة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

- Sofflu 250



185,00

aboffx 2/11

654,50

PPV: 119DH20
PER: 09/23
LOT: L1695-2

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.F.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 16 µg/0,5 ml
sol inj b/1
P.P.V: 125,30 DH

6118001 082247

Dr. IMANE ZINEB
pharmacie le Grand Boulevard
Nasrallah - Berrechid
T: 05 22 03 59 59
E: 062105036

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3547

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3547

LOT: GB21166
PER: 05/2024
PPV: 185 DH 00

Dr. IMANE ZINEB
pharmacie le Grand Boulevard
Nasrallah - Berrechid
T: 05 22 03 59 59
E: 062105036

LOT : 4231
PER : 11-24
P.P.V : 132DH00

65,00