

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040625

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3621 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOURKIA ABDELGHANI

Date de naissance : 06/04/1960

Adresse : 707 LOT EL WAFIA DEROUA

Tél. : 0661330589 Total des frais engagés : 573,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2023

Nom et prénom du malade : BOURKIA ABDELGHANI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 20/02/2023

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
10/02/23			2=200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Fekri 244 lotissement el wafaa Fix : 022 9 53 20 54	10/02/23	243,00 130,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

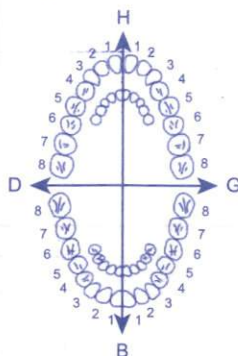
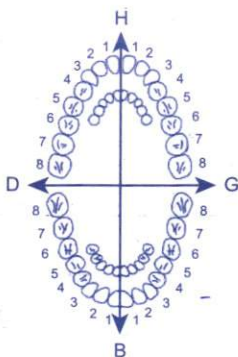
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Arafat Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le 10/02/2023 : الدار البيضاء، في :

Me Boukha, Dr. Arafat Alaoui F. Sakina

PHARMACIE EL OULFA
24 Boulevard Hassan II
Derrière el wafaa
Fix : 05 22 53 20 54

1) Sumex 40 B14
14 x 3 / 14 x 3 / 14 x 3

2) Cineb cp
14 x 3 / 14 x 3 / 14 x 3

3) Trinebat
14 x 3 / 14 x 3 / 14 x 3

4) Nospafite cp
14 x 3 / 14 x 3 / 14 x 3

LOT : 4184
PER : 10-27
P.P.V : 30 DH 80

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20
P.P.V : 45DH00
LOT : 22E004
PER : 04 2025

SYNTHEMEDIC
22 rue cobleur beau al aouam robes
mares casablanca
INEXIUM
40 mg
Bottle 14
CP GR
EXP 02-2025
LPLZ 107
XPR

9
118001
028607
841750MS/21N80 P.P.V. 123.60 DH

LOT : 21019 PER : 01/2024
P.P.V : 44,00 DH

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيينة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le : 24/12/2022 : الدار البيضاء، في :

Me Boukria Rachida,

130,00 Bandellets pour
Glucometrie

203 mg.

Dr. ARAFA ALAOUI F. SAKINA
Médecine Générale - Echographie
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° 65 - El Oulfa - CASABLANCA
Tél/Fax : 05 22 91 12 77 / 06 61 31 09 83
01 19 73 / ICE : 00210345000043

AMI PARA
El Madina 1 N° 98
Deroua
06 62 62 44 29

RAMI PARA

Le 10/02/2023

Bourkia Rachida

FACTURE : 003/2023

DESIGNATION	QTE	PU En DH	PRIX TOTAL
On call plus boite 50	1	130.00	130.00
Prix total TTC			130.00

Arrêtée la présent facture à la somme de :

CENT-TRENTE DIRHAMS

RAMI PARA
rial El Madina 1 N° 98
Deroua
GSM: 06 44 44 44 44

Signature :

Votre certificat- ICE . votre ICE est : 001923218000027 Vos information comple & eautementaire sont : - TP : 55823044 - Siège social : 71 lot CHABAB MAQDISSI DEROUA EL GTARA-DEROUA - Activité : COMMERCE DE DETAIL DE PARFUMERIE ET DE PRODUITE DE BEAUTE - Forme juridique : - CIN : 1336313