

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004378

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4296 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANOVAR J
Date de naissance : 16-08-75
Adresse : 28 rue de la rose Hay El Nord
Tél : 2664495032 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 DEC 2022
Nom et prénom du malade : Mohamed Age: 48 ans
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 : 20/12/2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
13.0 DEC 2022			220	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20-11-22

570,00

3012-21

021,30

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

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 :

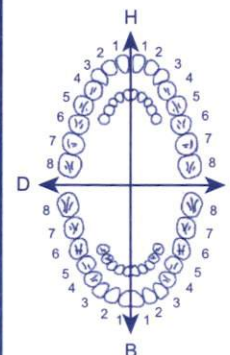
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

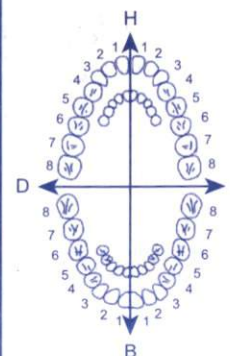
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 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

Docteur Salmi El Khazrafi Jalal

MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

Médecin expert assermenté
auprès des tribunaux



الدكتور السالمي الخزازجي جلال

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى محاكم الدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 30 DEC 2022 : الدار البيضاء، في :

ANOUAR 70 ans

84.80

x2

169,60

① Prozac 50

97.60

x2

195,20

① Sinatone 10

87.90

② Euflex 50

57.10

③ Pregnyl 10000

61,00

④ Goutol

570.80

Rue 23 N° 48 - sidi El Khadir -

LOT : 2415
UT. AV : 07-24
P.P.V : 61 DH 00

Tél. (C)

زقة 23 رقم 48 الدار البيضاء
الهاتف الميعاد : 07-24

د. السالمي الخزازجي جلال
SALMI EL KHAZRAFI
Médecine Générale
D.U. ophtalmologie médicale
Médecin expert assermenté
auprès des tribunaux

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3275-2

PPV: 84DH80
PER: 05/25
LOT: L1788-1

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

PPV: 97DH60
PER: 12/23
LOT: K3618-2

Lot N° : 21026
Exp : 03/24
PPV : 87DH90

LOT: 20017
PER: JUL 23
P.P.V: 57DH10

M

Aubert NV

CMA

le 20/12/2023

FACTURE N° 36489

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
02	Doliprane 100	14,00	28,00
01	Rhinofebral.	14,30	14,30

42,30

La présente facture est adressée
à la somme de 42,30 €

PHARMACIE ALPHONSOURE
Rue des Roses A. Coite de
Casabianca - Beauséjour
N° 052 286 84 30 - 052 286 84 197

PPV:14DH00

PER:12/25

LOT:L3730

PPV:14DH00

PER:01/26

LOT:M248

LOT : 220825
EXP : 06/2025
PPV : 14,30DH

UT.AV.:

LOT N°:

: (HD) Add