

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0058636

MUPRAS
RECEPTION 155318

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI ABDELKrim

Date de naissance : 22.06.1955

Adresse : 401 lotissement EL WAFA DELOUA

Tél. : 0663014804 Total des frais engagés : 1672,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ACSAMAoui Abdelkrim

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Deloua Le : 29/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
3/01/2010	Consultation	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA EL OUMOURA 4 lotissement el wafaa Dessoula Fix : 66.22.53.20.54 INPE:062095070	23/03/23	1372.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
D			C
25533412	00000000	214333552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	114333553		B

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). Each tooth is represented by a circle containing a number from 1 to 8. Some teeth also have additional symbols: 'P' for upper central incisors, 'V' for upper lateral incisors, 'H' for upper canine teeth, and 'Y' for upper first molars. The numbers are distributed as follows: Top row (H): 1, 2, 1, 2; Second row: 3, 4; Third row: 5, 6; Fourth row: 7, 8. Bottom row (B): 2, 1, 2, 3; Second row: 3, 4; Third row: 5, 6; Fourth row: 7, 8. The left side (D) has teeth 1 through 8, while the right side (G) has teeth 8 through 1. The top (H) has teeth 1 through 4, and the bottom (B) has teeth 4 through 8.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 23/03/23

nr SAMNAONI Abdekarim

22x3*

1 - Janat 50/100



PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa

Dessus

Fix : 06.22.53.20.54

2x 1g x 2 h

→ Fix 3 mgs.



2 - Diamine Gog

2yp h

→ 3 mgs.
PHARMACIE EL OUMOURA
244 lotissement el wafaa

152.50

3 - Lutin solsta



1 g. ui tésin à 2h → 1 mgs

4 - Aiguilles n° 15 fins 6 mm.

1 mgs h → 1 mgs.

140,00

5 - Bantebelth ch.let ~~S.V.~~ S.V.

36C/j → 3m

ug,00

6 - nyuerer jordet.

1 applet x2h ~~2h~~

~~1342,90~~

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
B.P. 1007
Fix : 06.22.53.20.54



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

78,70

24680060-02



6 118001 081608

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300237783

F A C T U R E

N° 11 807 / 2023 du 23/03/2023

Nom patient : SAHMAOUI ABDELKRIM

Entrée 23/03/2023

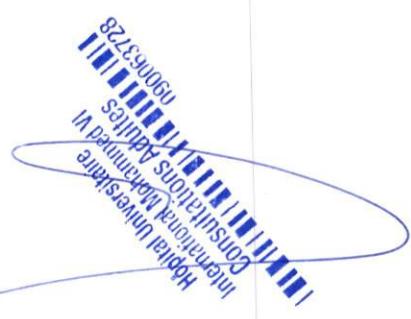
Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/03/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'endocrinologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :			
TROIS CENTS DIRHAMS			
		Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00



ML- 2259

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS	code : PR2FR04 Version : 01 Date : 24/05/2022
--	---	---

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit		
Nom et prénom :	nr SANNAoui Abdellahim	
Matricule :	N° CIN :	
Adresse :		
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant		
Je soussigne :	Spécialité : <i>Endocrinolog</i>	
N° ICE :	N° INPE : <i>091252213</i>	
Certifie que Mlle, Mme, M. :		
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois	<input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <i>Diabète typ</i> . <i>HBALC : 8,1 %.</i> <i>GAS : 2,38 gU.</i>		
Dont ci-joint ordonnance :		
Traitements prescrits : <i>- Janet.</i> <i>- Lantus.</i> <i>- Diamine.</i> <i>- Bandelette du lecteur glycémie.</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables		
Fait à : Casablanca le 24/03/2023.		
Cachet et signature du médecin traitant :		

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées