

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140

Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BARZANE HAMID

Date de naissance : 31/05/1963

Adresse : 27 Rue Barzane Sanjari Marif

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

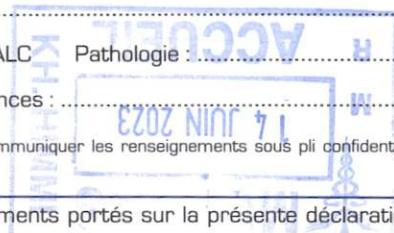
Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Cachet du Fournisseur 21.05.2023	28-05-23	69,00
S HARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 240, Bd Brahim Roudani	27-05-23	60,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

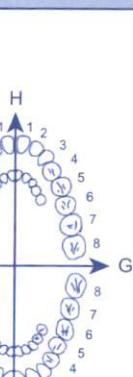
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA
 240 ROUTE D'EL JADIDA
 CASABLANCA TEL:257825/253961
 ICE:00009337300056
 RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

27/05/2023

FACTURE N° 1985

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	TRIMEDAT 150 MG /20 GELLULES	47.20	47.20
1	COLCHICINE CP	13.40	13.40
		MONTANT FACTURE	60.60

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 SOIXANTE DIRHAMS 60 CTS

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE
 ROUTE D'EL JADIDA
 240, Bd Brahim Roudani
 Casablanca
 Tel: 05 22 99 57 46

جولتیں ۱ ملنے

اویوکالسیوم

کولندیں

مکتبہ

20 قرصاً قابلً للكسر

Colchicine .1 mg

OPACUM

20 comprimés sécables

20 comprimés sécables



61180001082156

20 comprimés sécables

Colchicine 1 mg
OPOCALCIMUM



20 gélules

Trimébutine maléate

Trimedat®

150 mg

Voie orale

68x22x95



20 gélules
Voie orale

Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 2914
UT. AV : 08-26
P.P.V : 47 DH 20

PHARMA 5

(101x42x42) mm



MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

LOT : 08221003
PER : 02/2026
PPU : 49,00 DH



Usage externe

Flacon de 30 g

Composition par 100 grammes

Nitrate d'éconazole	1 g
Acide borique	10 g
autres excipients	q.s.p

مكونات من أجل 100 غرام

نيترات الإكونازول	1 غ
حمض البوريك	10 غ
سواغات أخرى	ك.ك.ل.



AMM N° : 168/16 DMP/21/NRQ

MYCODERME® 1%

Poudre dermatique
Nitrate d'éconazole

PHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA
 240 ROUTE D'EL JADIDA
 CASABLANCA TEL:257825/253961
 ICE:000093373000056
 RC:274003 IF:14405141 CNSS:9428097

28/05/2023

F A C T U R E N° 1986

CLIENT : BARRANE

HAMID

QTE	DESIGNATION	PPV	MONTANT
1	DOCIVOX CP A SUCER	69.00	69.00
MONTANT FACTURE			69.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 SOIXANTE NEUF DIRHAMS 00 CTS

PHARMACIE ET TAKAFIR PHARMACIE
 ROUTE D'EL JADIDA
 240, Bd Brahim Roudani
 Casablanca
 Tél: 05 22 99 57 46

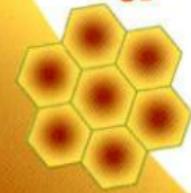
DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(*Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre*)

Maux de gorge Enrouements passagers

x 20



LOT: 220609
DLUD: 07/2025
69,00 DH

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

Laboratoires Pharmaceutique
DÉVA

DociVox®

x 20

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(*Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre*)

Maux de gorge Enrouements passagers



Goût menthe - miel - citron

Code : AC2 - 00142