

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-801979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2515123 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHHAR MENNANA

Date de naissance : 1969

Adresse : 168656

Tél. : 0662320228PSOCA Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/15/23

Nom et prénom du malade : BAHHAR MENNANA

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

Nature de la maladie : gonalgie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/12/23	4		300	Dr Said RAMY RHUMATOLOGUE 39, Rue Omar Slaoui, Casablanca Tél: 0522 26 68 78 INPE: 091118794

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HACIENDA Anranni MACHICHI Lot el Kama, Ndi bouza JADIDA / Tél: 05 23 34 67 5	25/12/23	1138,60
		INP: 112029814

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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'EXE

DOCTEUR SAÏD RAMY
Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont
Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux
de France

Enseignant à la haute Ecole
de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et
Colonnes vertébrales
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي
اختصاصي
جراح كلية الطب بلمرونت فدرات فرنسا
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا
استاذ بالمدرسة العليا
للتدريس الطبي
امراض الروماتيزم
العظام المفصل، المفاصل
العمود الفقري و الرجل
القدم بالاشعة

Casablanca, le 25/15/23

1° BAHAR ANNANA

149,7 x 4

596,10 ⇒ ARTIVON : up noct et m

87,80 x 2

175,60 ⇒ IBOPROX 45 mg : up le m

au milieu du repas 20 g/mis
2 mis

144,50 x 2

289,10 ⇒ 5820 : gel 1/2 2 mis

19,5 x 4

78,10 ⇒ urethane : 1 ap / mis 4 gles.

1138,60

Dr Saïd RAMY
RHUMATOLOGUE

39, Rue Omar Slaoui, Casablanca
tél: 0522 26 68 78
INPR: 0911 18794

GSM: 0661 42 78 23

39 زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH
6 118001 185030

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
6 118000 241898
PPV 144DH60

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.
PPV 144

IBERMOX® 15 mg
Mélocam
20 Comprimés
6 118000 238091
P.P.V.: 87,80 DH

IBERMOX® 15 mg
Mélocam
20 Comprimés
LOT: 12
PCR: 05
PPV: 87

ARTINOV
PPC: 149DH

PPC: 149DH
LOT: AR26
EXP: 12/25

ARTINOV
PPC: 149DH
LOT: AR26
EXP: 12/25

ARTINOV
PPC: 149DH