

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03097

Société :

RAM

Venve

Nom & Prénom : Abouataib Fatima

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 785 Lot EL WAFI Any Derna

Berrechid

Tél. : 06 38 82 38 02 Total des frais engagés : 1659,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : Abouataib Fatma Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme, Diabète HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

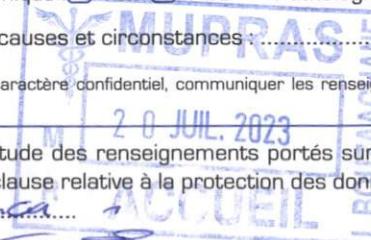
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 11/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

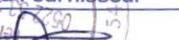


20 JUIL. 2023

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
10/10/23	Cl	1	150 da G.M.P.	DR MÉDECIN TÉL 05 22 12 00 00 MÉDECIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/07/23	1467,90 € HT
	18/07/23	42,00 € HT

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	

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													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	D	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H	D																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				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

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U
Ibnou Rochd - casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

ECG

Date: 11/19/23

Nom: Abdullah fadwa

78 ioo

1st Aflomic ABY

Aug 2



LOT: M1033
PER: 04/2025
PPU: 78,00DH

137

2d Acetin

P.P.V :
LOT :
EXP : 37,00

~~30~~
45/80

Prochain rendez vous :

الموعد المقلل

⁵⁴⁰، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540,Lot Wafaa -Deroua - Tél : 05 22 53 27 53

PPV:45DH80
PER:04/26
LOT:MI252-1

L01: LOCATOP 0,1%
CREME T30G
PER.: 02/2026
P.P.V.: 300DH00



of Cocophane

30,00

legally by

3x 218,00

Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg cp b 28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

2x 60
39,90

Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg cp b 28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

2x 60

Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg cp b 28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

43,380
14 67,90

Sanofi Aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 300 mg cp b 28
P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908



Acne drine

DRAMEIN
PHARMACIE
ROUTE DE RABAT
AIN SEBAÂ
CASABLANCA
TÉL: 0622 53 27 53

43,30

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U
Ibnou Rochd - casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

ECG

Date:

18/09/23

Nom:

Abdullah fitma

13,20

1d Algo PK

legas 15

1d Amel fathia

28,80

legas

3d Vérouel fof

42,00

Prochain rendez vous:

18/09/23

540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540,Lot Wafaa -Deroua - Tél : 05 22 53 27 53

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمراكز الإستشفائي ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

الطب العام

دبلوم في فحص الصدر

تخطيط القلب

13,20



DR AMEUR N
MÉDECIN GÉNÉRAL
540, LOT EL Moudawia
Tél : 0522 53 27 53

PPV
LOT
PER

28,80

JEROUA
27 53

الموعد المقبل