

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

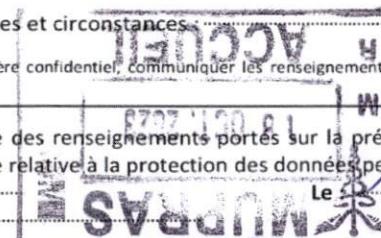
Adresses Mails utiles

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1478</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ECI CHI FER KI OMAR</u>		<u>X</u>	
Date de naissance : <u>1945</u>			
Adresse : <u>même</u>			
Tél. : <u>05 22 91 15 81</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2015

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Dr. AMMOUI Marouane Médecin des Urgences		
Date de consultation :	<u>27/09/2023</u>	Age :
Nom et prénom du malade :		<u>OUCHTA LI</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <u>Bnoucilit</u>		
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 :	<u>CASABLANCA</u>	Le <u>27/10/2023</u>
Signature de l'adhérent(e) :		
 <u>ABDEL</u>		

VOLET ADHÉRENT

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
27-09-2023	Consultation	1	500,- DH	INP : 05115315B Dr. El Amouri Marouf Hôpital des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAC/EAU LAK HAN T en Pharmacie s Sebau - Elba 05 22 90 53 45 blanca 14680000057	27/09/93	844,83

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
11433553																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFERMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
CLINIQUE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

الإسعاف المادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
إستشارة منزلية
تحاليل طبية
اختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

Tél : 06 13 34 10 01

ORDONNANCE

Casablanca le: 27.09.2023

Réf. No:

OUCHAME Aicha

1	Bivaluc S	27,00	1	Guard	Nasser	El Oulfa	55 Avenue des Dr. El Oulfa	01541468300057
2	Diphilane S	16,00	2	Social Alak	Sebta	Casablanca	Vice : 0522903345	Fax : 001541468300057
3	Docilem S	49,00	3	Social Alak	Sebta	Casablanca	Vice : 0522903345	Fax : 001541468300057
4	27 nte 21 day - 14/1 - 3 wks	63,20	4	Antineptid	Sebta	Casablanca	Vice : 0522903345	Fax : 001541468300057
5	14/1 - 3 wks	64,20	5	Addit. Dantolite	Sebta	Casablanca	Vice : 0522903345	Fax : 001541468300057
6	14/1 multi - 10 gr	79,00	6	Dr. 1000	Sebta	Casablanca	Vice : 0522903345	Fax : 001541468300057

إقامة البدر تجزئة 11 العماره رقم 99 النزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء.

Res. Al Badr Lot №11 Imm №99 Apt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01

البريد الالكتروني : Email : contact@maydayhelp.ma

ANCINE Plus®50mg/12,5mg

30 comprimés pelliculés



ANCINE Plus®50mg/12,5mg

30 comprimés pelliculés



LOT : 147

PER : 03/25

PPV : 64,20 DH

②

LOT : 159

PER : 04/26

PPV : 64,20 DH

LOT : 160
PER : 04/26
PPV : 64,20 DH

LOT : 160
PER : 04/26
PPV : 64,20 DH

LOT : 151
PER : 05/25
PPV : 64,20 DH

②

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M2193

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M2193

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M1997

PPV:14DH00
PER:06/26
LOT:M2193

LOT:230570
DUO:06/2026
49,00DH

PPC : 79DH00

4 026466 004907

04.2025
L2200517

63,20

63,20

63,20

63,20

LOT:M0979
PER:02/2025
PPV:87,00 DH