

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031108

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03431

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUROUTI HAMID

Date de naissance : 06.08.58

Adresse : Résidence Saléenne 236 Rue d'Assoumouz
Casablanca

Tél. : 067910375

Total des frais engagés : 1628 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZOUROUTI Hamid Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Zourouti Hamid

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 : 30/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
02/01/2016	5		2500	DR ALLAOUI Mohamed certificat de paiement des honoraires - 05/02/2016 - 2500 - 25/02/2016 - CSA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/08/2023	1628,00

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

09/08/2023

Dr Zorroti Hand

50.70x4

Candemel 25g

14/8 le-sa

167.00x4

Cresber 10g

14/8

83.80x4

ASKARON 160

14/8

168.50x4

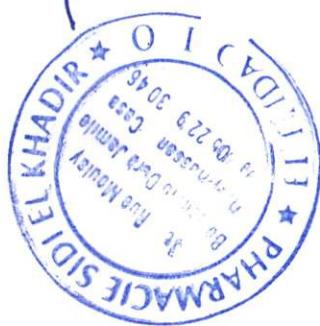
ATACAND 16g

18/8 nhe

1628,00

Dr.ALLAOUI Mohamed
 Cardiologue
 20, Rue de France Ville Oasis - Casa
 Tél:0522 98 07 06-Fax:0522 98 83 25

Bons



ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés

PPV 23DH80
EXP 04/2025
LOT 2D006 3



Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

Maphar
Bd Alkmia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al aquam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg Cpr séc
Bte de 30
140/16 DMP/21NRQ P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
PPV 23DH80
EXP 03/2025
LOT 2D006 9