

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.



83697

Déclaration de Maladie : N° S19-0000964

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9269 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE AZEDDINE Date de naissance : 29/10/1964

Adresse : 4

Tél : 0676878357 0522919383 Total des frais engagés : 1955,40 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 :

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 : 22/11/2023

Le : 22/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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 ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11.11.23

1855.40

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

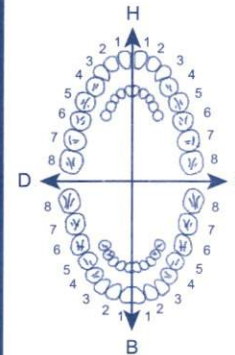
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

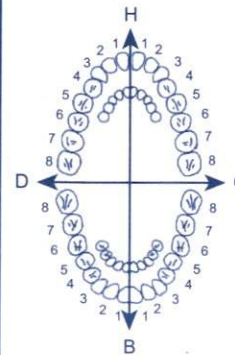
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

دكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le

11/08/2023

في الدار البيضاء

92.10x3

1. Fumet 3

437.00 x 4

2. Fumet 50/1000
0.1-1

92.00x3

3. Fumet 50/1000
1.0.0

4. Fumet 50/1000
237.00

237.00



Pharmacie HIMP
Lot Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
CASA - Tél: 0522 914 457

دكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف خبير لدى المحاكم

طريق مولاي الحسن الاجتماعي - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani) - Mazola - Hay Hassani - Casablar

Tél.: 05 22.90.70.88 - الهاتف: 05 22.90.70.88 - E-mail: drgzsa@gmail.com - INPE: 091069666 - IF: 51469500

Pharmacie Hind

FACTURE

516Bis Bloc11 Lot Municipal Hay Hassani
Casablanca
Téléphone : 0522914457
INPE : 092031483
ICE : 000500108000066

FACTURE :

DATE :

11.11.23

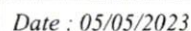
À :

Pharmacie Hind
Lot Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX PUBLIC	TOTAL
3	Coveryl 5	92,0	276,0
4	Amarel 4	92.10	368.40
3	Jomark 10/100	437,0	1311,00
Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.		<div>Pharmacie HIND Lot Municipal Bloc 11 N°516 Bis Hay Hassani Casa - Tél: 0522 914 457</div>	
Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.			
Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.			
Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.			
Distribué par MSD MAROC. AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ. P.P.V: 437,00 DH.		TOTAL	
		1955.40	

Nous vous remercions de votre confiance.

Pharmacie HIND
Lot Municipal Bloc 11
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel: 0522 914 457



Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca
Tél. : 0522-20-45-45 / 0522-22-78-15 - Fax : 0522-22-78-18 – Site web : www.mupras.com - Email : pec@mupras.com