

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.



783699
Déclaration de Maladie : N° S19-0046222

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAKKAT Wafa Date de naissance : 25.06.1974
Adresse : Dar Nakhal Rue Abdel Aziz - C12 - Cas
Tél. : 5683 44000 Total des frais engagés : 680,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/2023
Nom et prénom du malade : HAKKAT Wafa Age : 47 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Neo du Colon 37
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 : Cas Le : 19/11/2023
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.

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
11.9.23		C3 = 2005		 Dr. Azeddine Redouane Anesthésiste - Réanimateur Clinique Mers - Sultan Tél : 0522 27 72 72 INP : 091051904

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE HAY RAD Hicham ABOUTIK Docteur en Pharmacie 25 rue 40 des Pleiades Bd Anoual Hay Rad - Hammam Casablanca Tél : 05 22 25 05 25	07.10.2023	430,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.10.2023		

AUXILIAIRES MEDICAUX

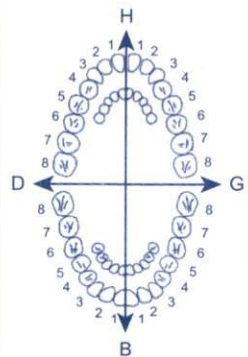
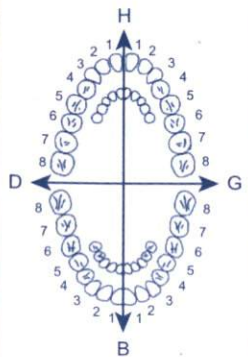
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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'EXECUTION

607/10/2023,

me HARAKAT WAFRA

2152
 430,00 - Omniprise 350

100 up



RADIOLOGIE ANOUAL 111
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 ICE: 001574006000058

RADIOLOGIE ANOUAL 111
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 ICE: 001574006000058



PHARMACIE HAY RAJA
 Hicham ABOUTIKA
 Docteur en Pharmacie
 25 bis Av des Pleiades Bd Anoual
 Casablanca Tel 05 22 86 05 25

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg/l/ml
ملغ بيرومات

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
أيوهكسول
1 x 50 ml

04-2026
16453209

BP /
تاريخ الصلاحية:
1201829 MAR

PPV
215.00DH

Pour 1 mL de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg diode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P P I

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحوي ملغ: أيوهكسول 755 ملغ
350 ملغ بيور

المكونات الأخرى: تروميتامول، جلفن،
الميتروكلوريك، إيثيديات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة إبرشعيل واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء، وبعيداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته +37°C.
لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإبرشعيل.

AMM N°: 102/19 DMP/21/RQ

1201829 MAR

PPV
215.00DH

GE Healthcare



OMNIPAQUE™
أومنيباك

350 mg/l/ml
ملغ بيرومات

Solution injectable
IOHEXOL

محلول للحقن
أيوهكسول
1 x 50 ml

04-2026
16453209

BP /
تاريخ الصلاحية:
1201829 MAR

Pour 1 mL de solution : Iohexol 755 mg q.s.p
350 mg diode.
Excipients : Trométamol, HCl, édétate calcique,
eau P P I

Le flacon à usage unique.

A conserver à une température ne dépassant pas
+30°C, à l'abri de la lumière et des rayons ionisants.
Le produit peut être conservé 3 mois à une
température de +37°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation

1 مل يحوي ملغ: أيوهكسول 755 ملغ
350 ملغ بيور

المكونات الأخرى: تروميتامول، جلفن،
الميتروكلوريك، إيثيديات الكالسيوم، ماء
للحقن.

كل عبوة إبرشعيل واحد.

يحفظ في مكان درجة حرارته لا تتعدى
30°C، يحفظ بعيداً عن الضوء، وبعيداً عن
الأشعة. هذا الدواء يمكن حفظه مدة 3
أشهر في مكان درجة حرارته +37°C.
لا يترك على مرمى أو في متناول الأطفال.
اقرأ النشرة الداخلية قبل الإبرشعيل.

AMM N°: 102/19 DMP/21/RQ

