

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.

M22- 0038252

M.C Optique

190480

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RATT RAM CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : sidi mohamed es-SAGHAÏ al 225 CASA

Tél. 06.14.29.41.89 Total des frais engagés : 1233,40 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 :

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 : 11/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : PS



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA HALIL Meryem	9.1.24	1233,40
34, Bd Saâda 111 - Studio Maârouf		
Tél: 02 97 39 81 - Casablanca		
INPE: 092040989		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE LA HALIL Meryem			
34, Bd Saâda 111 - Studio Maârouf			
Tél: 02 97 39 81 - Casablanca			
INPE: 092040989			

AUXILIAIRES MEDICAUX

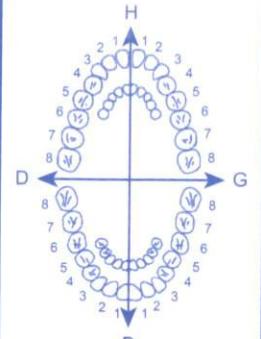
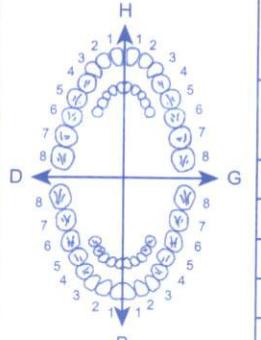
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DEBUT D'EXECUTION				MONTANTS DES SOINS
				
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Meryem **Factur**
34, Lot Suâda III - Sidi Maârouf
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca **M.**
ICE: 000482980000026
INPE: 092040989

~~crash~~ Logist.

facture N°

SAIDIA

Qts	Désignation	Prix	Total
2	D-cine forte	4960	9920
1	Vitanerif F	2880	28.80
1	Forxi GA	41900	41900
2	Rygozolep	27300	54600
1	ideo S	5340	5340
1	Relaxmy 300	8700	8700
<i>(Arresté le prochain facture à la fin de toutes deux heb- domades trois volts)</i>			
 PHARMACIE MAHMOUD Mme. KHALIL MERYEM 34, Lot Saada III - Sidi Maârouf Tel: 0522 97 39 81 - Casablanca ICE: 000482980000026 NPE: 092040989			

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23B09
EXP: 02/2026

PPV

LOT

PPV

28,80

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI
Sidi Benoussi, Casablanca
Forxigard 10 mg cp 200 b28
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

رمهبي وار

Solution injectable® en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS



8-9566-73-0926-6

1x2ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

نحوه وحدة زحلة طبقة
Liste II
Ordonnance / Liste II

8-9566-73-

53,40

DLUO: 08/2026
ANT 87-0041