

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumment 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.

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



Déclaration de Maladie
M23-0023094

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11090** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **AMRIBS FADILA**

Date de naissance : **1949.4**

Adresse : **194934**

Tél. : **06.66.62.06.00** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **06/01/2024**

Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Pommeau**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **ACQUEL**

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.

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Digitized by srujanika@gmail.com

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
14/07/24	CS	300.011		DR Raja Dentiste Dr Raja Dentiste IMZ 61 88173

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DIANI Abdellah CHIKH AIN SHAMS HOSPITAL 092076793	06/07/24	364.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX.
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DATE DU DEVIS			
	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Raja LALEJ

Spécialiste en Hépato-Gastro-entérologie

(Foie - Estomac - Intestin - Vésicule - Pancréas)

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule

Échographie abdominale

Endoscopie digestive : fibroscopie et colonoscopie



الدكتورة رجاء لعلج

لختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

(الكبد - المعدة - الأمعاء - البنكرياس - المراة)

أمراض المخرج والبواصير

الشخص بالصدى

الشخص بالمتضار

Casablanca, le

61/1/2024

Fadi la AMRIBD

79.50

1)

carbosorb GAO (orange)

ACP x 31 J apr

pd+ au jour

Lot: 230787
À consommer de préférence avant le: 09/2028
PPC: 79,50 DH

245.00

2)

A lgloren

151 J pdt

PHARMACIE CHAIM CHEIKH
Dr DIANI Abdellatifah
N°600 LOTS HAMIA 2 AVAL QODS
AIN CHOCK CASABLANCA
T.S.M 0663 43 37 11 fix 0602 57 11 30

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC BE 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C : 245,00 DH

40.40

lesoin



3) netcos pas myl
ACP x 31 J pdt

METOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

ع القدس إقامة الضمان عين الشق الدار البيضاء

N2, immeuble 34, Bd Al Qods, résidence Addamane, Ain Chock, casablanca.

Tél.: 05 20 56 01 74 / Gsm : 06 19 98 63 61 / E-mail : drlalejraja@gmail.com