

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-663668

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09454 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL BAH BOUCHRA

Date de naissance : 10/05/1958

Adresse : DEM

Tél. : 0676954581 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés. Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Zona

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
24/11/23	C3	1	302,20	INP : 09463055

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH 3
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods
CASA - Tél: 0522 38 05 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHA Mohamed Fayel KHA Docteur en Pharmacie Bd en Pharmacie Tél: 02-03-03-03-03 Tél: 02-03-03-03-03	24/11/23	679,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

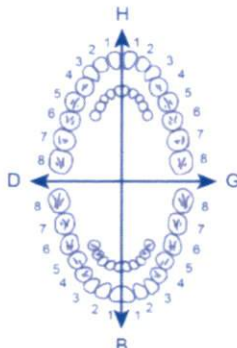
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

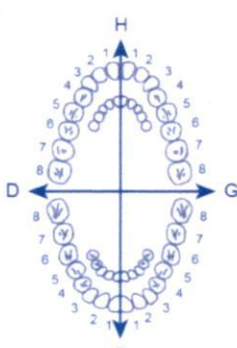
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

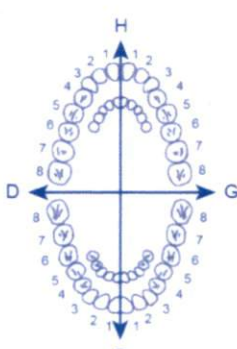
SOINS DENTAIRES

	Traitées		Soins	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

	Traitées		Soins	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	Traitées		Soins	
				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'EXE

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE

Allergologie

Dermatologie pediatrique

Chirurgie dermatologique

Médecine esthétique

Laser

PIV: 390DH80
PER: 09/26
LOT: M2663

PIV: 1ADH30
PER: 08/26
LOT: M2714

14,00

432,00

اختصاص
الأمرأه
حساسيه الجلد
التجميل
الليزر

Le:

24/11/2023

Mme EL BYAD BOUCHRA

1 - Valex 500 mg boîte de 42

2 Comprimés, 3 fois par jour, pendant 7 Jours

2 - Doliprane 1000 mg

1 Comprimé, 3 fois par jour, toutes les 8 heures en cas de douleurs

3 - Laroxyl gouttes

10 Gouttes le soir

4 - Fucidine crème

1 Application, 2 fois par jour pendant 10 jours

5 - Vitanevril fort

1 Gélule, 3 fois par jour pendant 1 mois

432,00

14,00

39,80

39,80 x 3

28,80 x 3

679,60

Dr. Sofia EL MESBAHI
Dermatologue Vénérologue
Rés Ryad Al Qods, GH
0522 38 05

Bd Alqids (Al
عين الشق

pt 06, 3ème étage, Ain Chock
شارع القدس (زاوية شارع حي
الهـ

PIV
LOT
PER

PIV
LOT
PER

PIV
LOT
PER

Fucidine® 2%
TUBE de 15 g
39,80

39,80
كريم
2% فوسيدين
15 غرام

39,80
كريم
2% فوسيدين
15 غرام