

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 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.

N° W21-815051

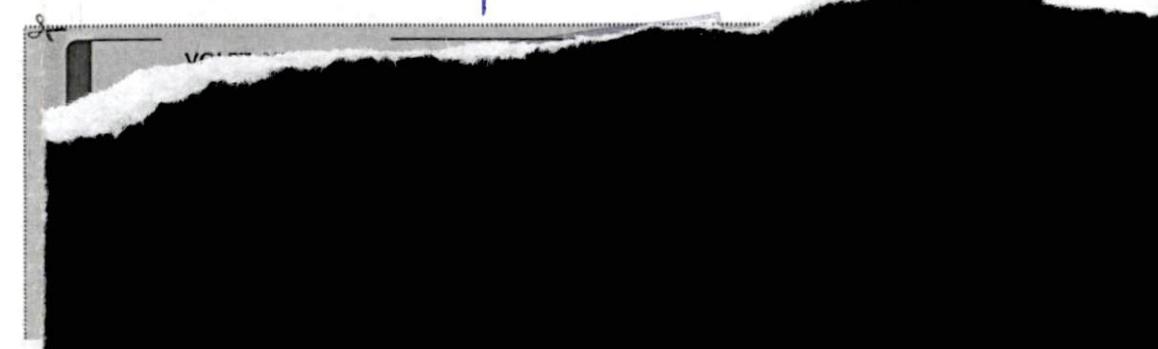
199240

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13186		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL OUAHDAI NED AMINE			
Date de naissance : 05/11/1889			
Adresse : Villa n° 189 lot EL MANSOUR Nekans			
Tél. : 06 76 16 35 89		Total des frais engagés : 18 870,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Hassan RAKAIN <i>Professeur Agrégé</i> <i>Rhumatologue</i> </div>			
Date de consultation : 15/09/2021			
Nom et prénom du malade : EL OUAHDAI NED AMINE Age : 31			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : SPA			
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
 Signature de l'adhérent(e) : 
 Le : 13/03/2021



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
15/01/94	(3)	G		INP : <i>Alain Agresti</i> Hanan RABHI Agresti Catalogue YACHI - Sale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chiffre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		18870.-

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
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely upper, with a vertical line through the midline. The teeth are numbered from 1 to 8 on both sides, with 1 at the center and 8 at the corners. The numbers are arranged as follows: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the left side, and 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the right side.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Rabat le : ١٥/٠١/٢٠٢٤

M' EL OUAHIDANI MOHAMED AMINE

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
mv
P.P.V : 6290,00 DH

6 118001 183982

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humira 40mg/0,8ml b2 spr
mv

P.P.V : 6290,00 DH

6 118001 183982

6290,00 x 3

HUMIRA 40mg

1 inj/ se

1 fois / 14 jours

03

03

mois

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Humira 40mg/0,8ml b2 spr
mv
P.P.V : 6290,00 DH

6 118001 183982

18870 Soit 03 boîte
"HAKMIA LI AYAHAMMOU
Dr. LADRHAM MOUNIA
Projet Attadamous
Mag. N° 1 Al Wifaq
Tél: 05 37 75 49 93
INRS 3787 6086 62

Dr. Hanan RKAÏN
Professeur Agrégé
Rhumatologue
Hôpital EL AYACHI - Sâle

Pharmacie Attadamoun
Secteur al Wifaq
Tel : 0537610662
Patente n° 26966000
IF : 91279028
CNSS: 136735630

Temara, le 15/01/2024

À El Ouahdani Mohamed Amine

Facture n° 20

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Total
3	Humira 40 mg / 2serin G	6 290.00	18 870.00
Total			18 870.00

Arrêtée la présente facture à la somme de dix-huit mille huit cent soixante-dix dirhams

~~PHARMACIE ATTADAMOUNE
Dr. LADRHAM Moumine
Secteur Attadamoun, 1, Al Wifaq - Temara
Tél: 0537610662
INPE: 102012184
Magasin n° 1, Al Wifaq - Temara
Patente n° 26966000
IF: 91279028
CNSS: 136735630~~