

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042145

Maladie

Dentaire

Optique

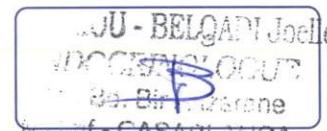
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>1084</u>	Société : <u>RAM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) , <input type="checkbox"/> Autre : <u>LAYACHI LAHRACH Fatiha</u>
Nom & Prénom : <u>LAYACHI LAHRACH Fatiha</u>	
Date de naissance : <u>06/02/50</u>	
Adresse : <u>Bd des Clubs R^e Ag. App^t 7 Casablanca</u>	
Tél. : <u>0661267345</u>	Total des frais engagés : <u>V.M.D.R.Cariou 302 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/03/2024

Nom et prénom du malade : LAYACHI Fatiha Age : 1950

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Thyroïde Diabète Pathologie : Antiphospholipid syndrome

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Antiphospholipid syndrome

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 : Le : / /

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin D'accordé sur le Paiement des Actes
05.04.2021	R	1	300,00	DR. CARIOU BELKAÏD Jocelle ENODDENTALOCUE 119, Avenue Mazzane Maârif - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie C.A.V. BEN RAHM Toura 100, Boulevard Sina Tel : 05 22 36 78 68 - Casa	05/03/21	961,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

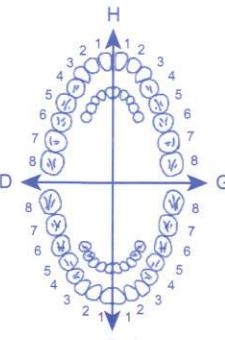
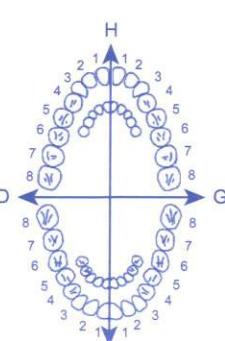
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوبلاقاضي جووبيل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

n° LAYACHI Fatima

Casablanca, le : 05/03/24

HB Levotyrox 100 1cp le matin - jeûn

6 doses / 7

Selton 30

Darafaté 30

Ado 500 mg

Baudelot
low 4 mg/m

Fosfomate

LD NRG 50

Optimed - colpex

10f.

75

11,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40

1,40



PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026

PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026

LOT : 2264
PER : 08-25
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 2264
PER : 08-25
P.P.V : 17 DH 50

(01) 0 PPV: 139,50 Dhs → Bandelettes

DAFLON
201,00

D-CURE

Ajdh 500



Fosavance

