

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0036180

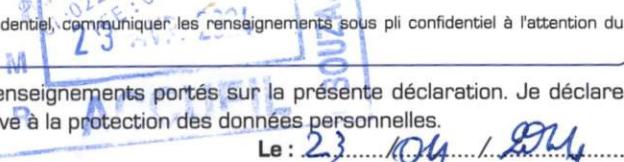
Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	03621	Société :	RAM 903003
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUKRIA ABDERRAHMANI			
Date de naissance : 06/04/1960			
Adresse : 107 Lot ELWAFIA			
Tél. : 066133889		Total des frais engagés : 0107,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 11/03/2024	
Nom et prénom du malade : BOUKRIA ABDERRAHMANI	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : 	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : 23/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

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
11 03 2024.			€ 1 = 200,00	Dr. G. Stéphane 12, rue de la République 77114 Nogent-le-Rotrou 45000043 1011973

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA CLINIC Fournisseur al wafaa 22.53.20.53	17-3-2014	1667,85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

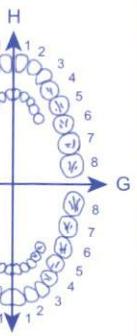
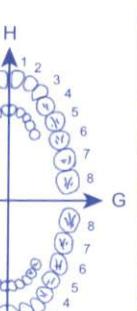
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
RAMI PARA Kis.ariat El Madina 1 N° Dernier 08/07/1130	11/03/24					240,00

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'ODI.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le :

11.03.2024

الدار البيضاء، في :

BouRKia. RACHIDA né Zitouni

02 x 120,00

Baudelottes:

On-call - plus

240,00

X 03 min.

DR ARAFA Sakina
Médecine Générale Echographie
Médecin de travail
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65
Tel: 022 91 12 77 - INP: 091011973
ICE: 00210345000043

RAMI PARA
El Madina 1 N° 98
Deroua 1429
Tél: 06 61 31 09 83

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوى ف سكينة

Médecine Générale
Diplomée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le 17/03/2024

الدار البيضاء، في :

Mr. Boussouf. Rachida Née Galvis Jot. 00/1000
1) Cap X 91 Mat Jaffey Bay
(Roumadiess 14 ael fhor).
2) Aba Rba 14) midayt 3m
(Roumadiess 14 ael fhor).
3) Wataus gel gel echographi 3m

شارع واد سبو - زنقة 174 - رقم 65 - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 06 61 31 09 83
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83
E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

Fy. 90

4) Kalmag

~~9.1~~

100x1

PRIMÉE EL JIMMA
244 ouestement el wafaa
Deroua

Fix : 0522.53.20.54

Deroua

244

el wafaa

244

8 afix/1g

5) Saffee 20

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

~~02~~

©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

LOT : 231150

PER : 11/2028

PPV : 17 DH 50

LOT: GB30074

PER: 11/2024

PPV: 185 DH 00

EL dip

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

RAMI PARA

LE 11/03/2024

FACTURE 005/24

Client
Mme. BOURKIA RACHIDA

Désignation	Qté	PU	P.TOTAL HT
Bandelette on-cann-plus	2	120,00	240,00
Prix total HT			240,00
TVA 0%			0,00
TOTAL TTC			240,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent quarante dirhames et 00 CTS TTC

RAMI PARA
riat El Madina 1 N° 98
Deroua
Jum. 06.02.2024

ICE : 001923218000027 TP : 55823044

Siège sociale : 71 LOT CHABAB MAQDISSI DEROUA EL GARA DEROUA / Activité :
COMMERCE DE DETAIL DE PARFUMERIE ET DE PRODUIT DE BEAUTE - Forme juridique : -
CIN : 1336313