

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

M22- N° 002674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02598

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Haffi Baba Fouad

Date de naissance : 28 Rue Velney, Franceville 2

Adresse : CAS

01/07/57

Tél. : 06 66 73 11 98

Total des frais engagés : 742,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : Berrada badgan nensha

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : néoplasie du panneau

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : CAS

Le : 25/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04/05/23	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	10/5/2023	692,00
	8/5/2023	50,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

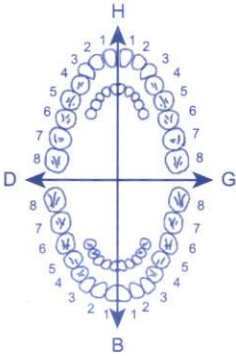
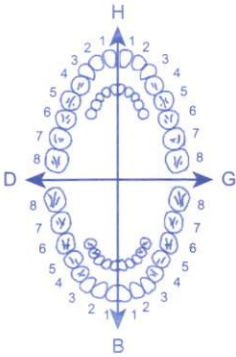
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 traitements canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411 11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 21433552		00000000 00000000		D	G	00000000 00000000		35533411 11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412 21433552																	
	00000000 00000000																	
	D	G																
	00000000 00000000																	
	35533411 11433553																	
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	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

Ryad Oncologia Clinic



Mme BERRADA BADAOU
Nouzha*

Nais: 06/08/1955

REA 1

Entr: 03/05/2023

RAM - MUP

PR.ACHARKI Abdelkader



الرياض

Le 08/05/23

Mme. Berrada Badaoui Nouzha

34,00 1) Osmosine (amp.)



1 cām x



16,00 2) Titanoréine (crème)



1 Application x 1 J.



Pr Abdelkader Acharki
Onco-Radiation
Ryad Oncologia Clinic
15, Allée du Persée, Bd Anoual - Casablanca

262.00

⑥ Cora Lam Smg Lij



⑦ Dr. ASSIA MOUSSALIT
Anesthésie - Réanimation
INPE: 091025825

Dep 302



1401019



FORMALAIR® 12 µg

Fumarate de formotérol

Poudre pour inhalation en gélules

60 gélules

FORMALAIR® 12 µg
60 gélules

○ Remboursable AMO



PPV: 197,90 DH

LOT: 22D11

EXP: 04/2025

Ryad
Oncologia Clinic



مصحة
الرياض للأكلوجيا

20/05/2023

nomme BERBADA BA Droui Anoual

48.70

① Solupred 20 mg

2 lg / 2 lg 2 jours

et 1 lg / 2 lg 2 jours

puis arrêt.

② Analg. et g.

et p x 3 lg

14.50

③ inextium 400 mg.

et 1 lg / 2 lg

123.60

45.30

④ ventoline spray

2 lg B. et 1 lg B. moule

⑤ oxygène par ne nasal

3l/min. si 8



Dr. ASSIA MOUSSALIT
Anesthésie - Réanimation

N° 15 Allée du Peisec, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca

Tél : 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 62 09 54 15/06 62 09 54 26