

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 : N° S19-0002878

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12453 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bennour Mehdi Date de naissance : 14/06/1984
Adresse : Hay Vissim Res les champs 4 Im B Apt 18 Casablanca
Tél : 0662 79 50 78 Total des frais engagés : 321,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaoui Ilhame
Médecin Chef
CS Ayacha - Tarache

Date de consultation : 11/09/2023
Nom et prénom du malade : Bennour El Mehdi Age : 39 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Angine de poitrine
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 : 12/10/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

[illegible]

11/08/23			CU		
----------	--	--	----	--	--

Dr. Chaoua M.
Médecin Chef
CS Ayacha - Larache

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/9/23	321.90 321.90

	11/3/23		321.90
---	---------	---	--------

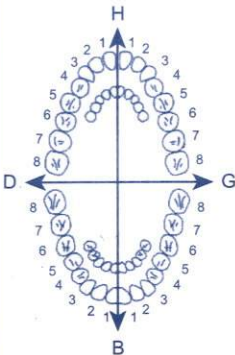
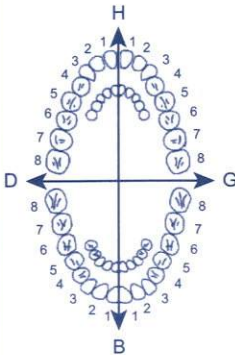
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

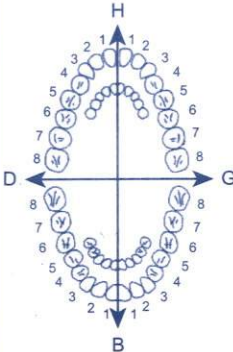
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS							
				DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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	

A diagram of a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both sides. The arch is divided into four quadrants by a vertical line and a horizontal line. The quadrants are labeled: H (top-left), B (bottom-left), D (top-right), and G (bottom-right). The teeth are arranged in a semi-circular pattern, with the central incisors at the top and bottom. The numbering is as follows: Top-left (H) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from center to side. Top-right (D) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from center to side. Bottom-left (B) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from center to side. Bottom-right (G) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from center to side.

	H		
	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
	B		

[illegible]MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

11/03/23

Bennoun A. Nekkati

83.70

(1)

Rsmic 300

1 ص 1 ج

32.50

(2)

Atoral 800

1 ص 7 ج

82.00

(3)

Dexin-2

1 ص 1 ج

36.60

(4)

Celestin 2

3 ص 1 ج

87.00

(5)

Dexin-2

1 ص 1 ج

T = 321.90

Dr. Chaoui Ilhame
Médecin Chef
CS Ayachia - Larache

LOT: 1111111105
R: 03/2025
PPV: 32.50 DH

83,80

METROZAL®
Métroazole 500mg
Boîte de 30 comprimés
PPV: 32.50 DH
6 118000 190967

LOT: 458
PER: OCT 2024
PPV: 36 DH 60

25 **SYNTHEMEDIC**
22 rue souhail tounsi al aouam rocha
slores casablanca
SINEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640150MP21ANRO P.P.V: 82.10 DH
6 118001 020591

LOT: 230596
PLU: 06/2026
ST: 00DH