

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.



143548

Déclaration de Maladie : N° S19-0001224

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R. A. M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JENNATE Malika Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél : 0655568988 Total des frais engagés : DH 424,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
Tamesna
Tél: 0537 58 99 91

Date de consultation : 22 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : MALIKA JENNATE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite chronique surinfectée

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 : Tamesna Le : 22 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Médecin attestant le Paiement des Actes
22/11/2022	C	C	120 DH	Dr. Saloua EL KARAOUI Médecin Généraliste Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2 Tamesna Tél: 0537 58 99 91

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 41 Boulevard Mohammed VI (Ex Terrada) - Oasis - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85 - INPE: 092001283	22.11.22	304,80

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
				COEFFICIENT 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553				B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
		B																														
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Saloua ELKARAOUI



د. سلوى القروى

Lauréate de la Faculté de Médecine de Rabat - خريجة كلية الطب بالرباط
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de l'Université de Bordeaux
Diplômé en Médecine Esthétique et Anti Age

Médecine Générale
Médecine Esthétique

الطب العام
طب التجميل

Dr. Saloua EL KARAOUI
Médecin Généraliste
Appt. 6 Imm. 34 Res. Amal 2
TAMESNA
Tél: +212 537 58 99 91

Le 22 / 11 / 2022.

AMNATE

MALIKA



AMRANI M'hamed

Pharmacie SAAD

44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 25 34 85 - INPE : 092051283

138,30

1) Argmentin

500

2cp x



2/5

mat 8j.

106,00

2) Dolostop

1000

1cp x



3/5

mat 8j.

264,00

3) Levo-thyrox

100 ug.

1cp x



1/5

mat 3mois

55,00

4) Biomykese

500g

1 cp x



3/5

mat 8j.

277,00

5) Cardioaspirine

100

1cp x



1/5

mat 3mois.

304,80

Dr. Saloua EL KARAOUI

Médecin Généraliste

+212 5375-89991 Tamessa 34 شقة 6, Tamessa

Résidence Amal 2 Imm 34 App 6, Tamessa 58 99 91



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Douleurs et tie

Adulte

LOT : 2433
PER : 08-25
P.P.V : 10 DH60

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

PPV: 138,30 DH
LOT: 649400
PER: 03/24

RESPECTER LES DOSES

Liste I. Uniquement sur o