

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- 0021961

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT CHETOU LAHCEN
Date de naissance : 01 Janvier 1950
Adresse : N°21 Rue 106 Bd Oued Sebou Oulfa
Tél. : 0658214908 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ALI RIMANI
Psychiatre
Rés Normandie 2 Ang Bd Sijelmassi et
Av de Nice 5ème Etage N°9 Bourgogne
Casablanca - Tél : 05 22 22 57 40
Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/06/2023
Nom et prénom du malade : Ait Chetou Lahcen Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dépression
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 : CASABLANCA Le : 13/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : 13/06/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
			350,00	Docteur ALI RIMANI Psychiatre Rés Normandie - 100 Bd Sijelmassi et Av de Nice - 9ème Etage N°9 Bourgogne 92000 Nanterre - Tél 01 47 22 22 57 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAF Dr. BENAM 02, Bd Ched Sebou CASABLANCA Tél: 05 22 50 18 50	13/06/23	757,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

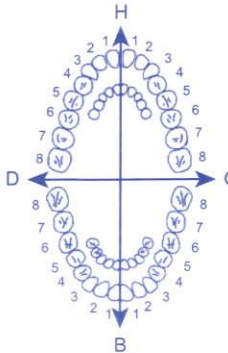
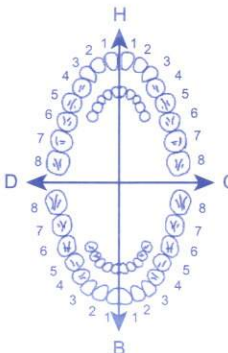
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D		G																
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[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

DOCTEUR ALI RIMANI

Psychiatre

الدكتور علي رمانى

طبيب أخصائي في الأمراض

النفسية والعقلية

وصفة
Ordonnance

13/6/2023

Mr Chetouh Salem

132
123
261

Lamoxétine 150

TAM
S.V

1 - 0 - 1

150x2

Gynergen 50

TAM
S.V

1 - 0 - 1

98,30x2

Alégit 30

TAM
S.V

DOCTEUR ALI RIMANI
Psychiatre
Rés Normandie 2, Ang Bd. Sijelmassi
et Av de Nice 5ème étage N°9 Bourgogne
Casablanca Tél : 05 22 22 57 40

DOCTEUR ALI RIMANI
Psychiatre
Rés Normandie 2, Ang Bd. Sijelmassi
et Av de Nice 5ème étage N°9 Bourgogne
Casablanca Tél : 05 22 22 57 40

RDV : الموعد

Résidence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5ème étage N°9 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57

REV
131051023

LOT : 22E007
PER : 06/2025

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V : 132DH00



5 113000 062301

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - B.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
PAROXETINE WIN 20MG
CP B30
PPV: 129,00 DH



5 113000 062301

132.00
129.00

261.00

LOT : 221782
EXP : 12/2024
PPV : 150,00DH

150
x 2

150
x 2

300

LOT : 230780
EXP : 04/2025
PPV : 150,00DH

T.Gl

261
300
196,60

757,60

98,30

98,30

x 2

196,60

Date

LOT 230360
EXP 02/2026
PPV 98.30DH