

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

- Reclamation : 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

M22- 0025037

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2946	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	172506
Nom & Prénom :		MAANI MOHAMMED	
Date de naissance :		01.01.1952	
Adresse :		NAY LAALOU RUE 16 N° 6 C.D. CASA	
Tél. :		06.62.02.66.90 Total des frais engagés : 1904,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15/08/2023		
Nom et prénom du malade :	Chaf Saada EP Maani		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	gonorrhée		
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 : CASA

Le : 23/08/2023

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
15/08/23	Contrôle		gratuit	DR. EL QUADIR RUMAISSE DENTISTE RUE EL HARRACH 149 Bab Ezzouar - ALGERIA T: 021 38 82 49 M: 0522 57 67 47 / 0522 38 82 49 INPEF 02041359

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GROS SIAL Tel: 0522 57 67 47 / 0522 38 82 49 INPEF 02041359 676 AVEEDT Driss El Harti CD	15/08/23	1904,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Ouadiah Meryem

Rhumatologue

Rhumatismes inflammatoires

Arthrose,tendons

Colonne vertébrale

Ostéoporose

Biothérapie

Échographie ostéoarticulaire

Médecine chinoise, Acupuncture

Casablanca, Le :

الدكتورة الواضح مريم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

الرماتيزم، التهاب المفاصل

أمراض الغضروف الالتوار

أمراض العمود الفقري

هشاشة العظام

الادوية البيولوجية

الفحص بالصدى للمفاصل والالتوار

الطب الصيني الوخز بالإبر



Nom et Prénom :

15/08/2023

CHAIF SAADIA EP MAANI

136,60

- Alyse 25 mg

01 gélule le soir pendant 02 mois

gh. سx2

- Mydoflex cp

1 cp x 2 / j pendant 15 jours puis 1 cp / j pendant 01 mois

149,60 + 2

- Reumadep

1 gélule x 2 / j pendant 01 mois

.85,-

- Alta MAG 300

1 gélule/j pendant 01 mois

75,00

- Celephi 200 mg

1 gélule/j pendant 10 jours

58,50

- Hydroxy 5000µg

1 injection / 03 jours en IM pendant 12 jours

42,00

- Lanzen 30 mg

1 gélule / j pendant 14 jours puis au besoin

340,00 x3

600 ml injectable (N°3)

1 injection en intramusculaire seulement à la dose de 100ml

Votre prochain rendez-vous le

1304,00

549، بلوك 5 شارع إدريس الحارثي، الطابق 1 قرب مخبزة نافال وقيسارية سباتة

549, Bloc 5, Bd Driss El Harti, 1er Etage -Ben Msik (à coté de Patisserie naval)

Casablanca - ☎ : 05 22 56 39 95 - ✉ cabinetdrelouadih@gmail.com

M22-0025037

7AANI 7ed

MLE - 2946

CHAIF SAADIA

15 - 08 - 2023

Lot.: 22L268
Exp.: 08.2026
PPV: 136DH50

DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES
AFRIC-PHAR
PVP :340DH00

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g
LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH
W044
01/2026

DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES
AFRIC-PHAR
PVP :340DH00

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g
LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH
W044
01/2026

ALTA
Magnésium Marin - Vitam

GTIN: 06118001260850
LOT: 4019
MFG: 07 2022
EXP.: 07 2025
PPV: 94Dhs00



DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES
AFRIC-PHAR
PVP :340DH00

42,00

GTIN: 06118001260850
LOT: 4049
MFG: 09 2022
EXP.: 09 2025
PPV: 94Dhs00



hydroxo
HYDROXOCOBALAMINE BASE
PPV 58DH50

10 Gélules
LOT: 021
PER: AVR 2025
PPV: 75 DH 00

PHARMACIE MARCHE DE GROS
SARL-AU
676 AV CDE DRISS EL HARTI CD CASA

Tél : 0522576747

Patente N°: 33902052
N° R.C. : 365793
Compte :
CNSS : 1022186
Id.Fiscale : 20717190
ICE : 001819596000050

Le : 17/08/2023

CHAIF SAADIA EP MAANI

FACTURE : 27302 du : 17/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	ALTA MAG BT/ 30 GELULES	85,00	85,00	20,00%
1	ALYSE 25MG BTE 56	136,50	136,50	7,00%
1	CELEPHI 200MG / 10CP	75,00	75,00	7,00%
3	GO-ON / 1SERINGUE	340,00	1 020,00	20,00%
1	HYDROXO COBALAMINE 5000 4	58,50	58,50	7,00%
1	LANZEN 30 MG BT/14 GELULES	42,00	42,00	7,00%
2	MYDOFLEX 150MG BT/ 30 CPS	94,00	188,00	7,00%
2	REUMADEP / 30CP	149,50	299,00	20,00%
Total TTC		1904,00		
Droits de timbre			4,76	
Net à payer				1908,76

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE NEUF CENT HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE SEIZE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
20.00%	20,00	1 099,17	219,83	1 319,00
7.00%	7,00	467,29	32,71	500,00
20.00%	20,00	70,83	14,17	85,00
		1 637,29	266,71	1 904,00

