

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° P19- 061559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7374 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HAMMAM MUMED
 Date de naissance : 02/11/1967
 Adresse : NR 13 SM 122 DES JONAS TOMARU
 Tél : 063 118 118 Total des frais engagés : 1209 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/23
 Nom et prénom du malade : ST myzferé Age :
 Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/06/23		2	300,00	Dr Amal Zerrak Rhumatologue Ostéopathe Angle du 2 Mars au Bd Meknes. Resid Harmonia. 1e etg. No 4 Tél: 06 64 51 58 18 05 20 54 52 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

26/06/23 959,60

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

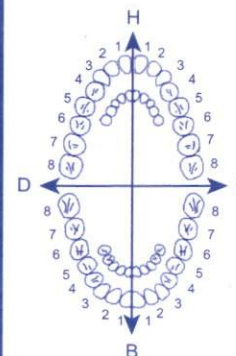
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Maladies ostéo-articulaires et systémiques
- Rhumatologie interventionnelle
- Échographie appliquée à la rhumatologie
- Thérapie manuelle et ostéopathie

- أمراض المفاصل والعظام والالتهابات الباطنية
- فحص وعلاج المفاصل والأوتار بالحقن
- طب يدوي تقوي

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée de l'université de médecine de Lille
- Ancien médecin interne des hôpitaux de Dijon

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- خريجة جامعة الطب بليل الفرنسية
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات ديجون بفرنسا

Casablanca, le 26/06/23

Dr Hamidoune Ahmed.

- 1/ Cortancyl 20mg S.V
 $45,80 \times 11$
 30 p/jr pte 15 jours.
 puis dégradation de 05 mg
 tous les 10 jours
 jusqu'à arrivée à 7,5 mg/jr
 à prendre en continu.
 le matin avec régime
 peu salé et peu sucré
- 2/ Cortancyl 05 mg S.V
 $22,80 \times 3$
 par la dégradation

PHARMACIE ICHRAK CENTER

PARAPHARMACIE

Lot. Diamant Vert Center Ichrak

Imm. N° 26 Magasin N° 7 Lissasfa

CASABLANCA - Tél: 05 30 12 93 14

⑨ Angle bd 2 Mars et avenue Meknès. Résidence Hamidoune Ahmed App 4

ملتقى شارع 2 مارس و شارع مكناس إقامة هارموني ميني 1. طابق 4. شقة 4

☎ +212 664 51 58 18 ☎ +212 520 58 52 53 ☎ cabinetrhumatologieosteopathie@gmail.com


2/ HCL 5mg **S.V**

24,60x4 1 cart b

LOT: 220009
PER: 06/2025
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V: 22DH80
6 118000 060345
x3 Ged

3/ Euzor 5mg **S.V**
144,50x2 1 cp b ajeun

059,60

45,80
x11 Ged
220009 06/2025


V.2
Dr Amal Zerrak
Rhumatologue - Oculophtalmologue
Angle bd 2 Mars et bd Meknes.
Resid Harmonia. 1e etg. No 4
Tél: 06 64 51 58 18 - 05 20 58 52 53

PHARMACIE ICHRAK CENTER
PARAPHARMACIE
Lot. Diamant Vert Center Ichrak
Imm. N° 26 Magasin N° 7 Lissasfa
CASABLANCA - Tél: 05 30 12 93 14
Email: ichrak.pharmacie@gmail.com

144,150

V.2

LOT: 1672
PER: 01-26
PPV: 144DH50

x4 Ged
PPV 24DH60 EXP 02/2026
LOT 2N051 3
POTASSIUM