

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

M22- 0015971

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricule : 09387

Société : RAMZ
Autre : 176691

Actif
 Pensionné(e)

Nom & Prénom : Mominé

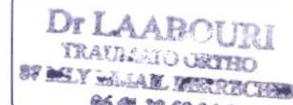
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 69 23 25 89 Total des frais engagés : 1148,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05-09-2023

Nom et prénom du malade : BOUAYAD toubida Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : 07/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

BELEVE 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
05 09 2023	1	0	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRUGSTORE PHARMACIE DU VILLAGE SAINT-PIERRE DU MORIN 94240 PARIS FRANCE	05/08/93	616,600 francs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Georges Lévesque Radiologue Centre hospitalier de l'Université de Montréal	10.08.2012	3 x 750	2325,00

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 canalaires, 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur A. LAABOU

Chirurgie Orthopédique et Trauma

Médecine de Sport

DRAHARMA
Nourriture primaire
MÉRILEUX
Cees
Douter au minimum
BD
OS 22 96 05 70
T 23035 PER 03/2026
PPV 21.00 DH



الدكتور عبد الله لعبورى

اختصاصي في جراحة و تقويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail:docsiliaaab@gmail.com

IP 091087452

Berrchid , le:

05 / 09 / 2023

CODAMOL PLUS
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28,80 DH

6 118000 15 872

Mme Bouayad Zoubida

2880

- Codamol plus 1

79,100

Melsal 15 1/2

79,000 1x2

Acetes SV

Nociceptol SV

Reuma dep

W044 01/2026

On continu

Librat 1 Césair

06 61 32 50 34 برسيت - المجموع

87 Avenue Moulay Ismail - Berrchid 6 - Gsm :

LOT 220194
EXP 03/2024
PPV 30.00 DH

LOT PUC: 198.00 DH
C210 2025-05

CKN 3259-850

3 401020 354451 >

OXYMAG 375 mg

Magnum mag. bisglycinate d' malate. Vf 82.86
Lot / Batch n°: 23138
Exp. date : 03/26
PPC (DH): 92,00

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament



Kings

see regal

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

DR. LAMBERTURI
TRADEMARK OF ITALY 06.61.32.5064
87 MILYUSKAL DENTROSCHEID

C. X

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Casablanca, le 05 Septembre 2023

DR LAABOUDI EP EL BAKKALI LATIFA

MME. JABI EP BOUAYAD ZOUBIDA

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE FACE ET PROFIL

- Pas d'anomalie de la minéralisation osseuse.
- Respect de l'interligne articulaire fémoro tibial interne et externe.
- Pas de lésion lytique ou condensante suspecte visible.
- Patella en place sur l'incidence de profil.
- Pas de calcification pathologique des parties molles.
- Pas d'épanchement articulaire visualisé.

DR A. BELHAJ SOULAMI



M U P R A S

Nº Admission : 23007481 Nº Facture : 23007286 Date facturation : 05/09/2023

Nom et prénom du patient : **Mme JABI EP BOUAYAD ZOUBIDA**

Date facturation : 05/09/2023

Nom et prenom du patient : Mme JABLI BOUATTAZ LOUDIDA				
PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant	
RX GENOU F/P	1.00	185.60	185.60	
		Sous-Total		185.60 DH
PRESTATIONS EXTERNES				
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	Nombre	Prix unitaire	Montant	
	1.00	46.40	46.40	
		Sous-Total		46.40 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cent trente deux dirhams

Total : **232.00 DH**

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	232.00 DH
PC N° :		



CONSULTATION

....., Le :

Nom :

Age :

Observation : TA: FC: Poids:

HIA

Diabète

Grossesse

Allergie

Autres :

Orientation: Médicale: Chirurgicale:

Biologique:

Radiologique:

ORDONNANCE

05/09/23

Nom :

Age :

Bouayad Zouhida.

Plaie genou gauche
F + P (Ext sup. jambe).

Cachet

Date de prochaine visite:

LAABOURI
TRAUMATO ORTHO
06 61 32 50 34
06 61 32 50 34
06 61 32 50 34