

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- 0015971

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04387 Société : RAR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 176691

Nom & Prénom : MOI MEME

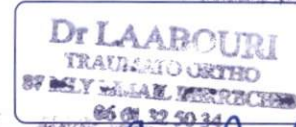
Date de naissance : 05/09/2023

Adresse : HABITUEL

Tél : 0669232544 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 Pathologie : gonflement

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 : 05/09/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05 09 2023		1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/23	616,6000K

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/09/23	2x2x2	232,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

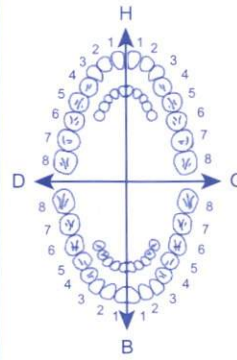
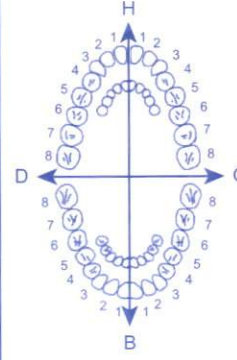
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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 A. LAABOU

Chirurgie Orthopédique et Trauma

Médecine de Sport

PHARMACIE MERIEUX
Docteur en Pharmacie
Bd. Abdelmounem Casa
Tél: 05 22 86 05 70

T 23035 PER 03/2026
PPV 21.00 DH



الدكتور محمد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail: docsilialaab@gmail.com

IP 091087452

Berrchid, le:

05/09/2025



Mme Bouayad Zoubida

2880 - Codamol plus 1/1

7900 Melsal 15 1/2

5880 coctes 1x2

1980 Nociceptol 1/1

1450 Reumadep

9200 Libran 1/1

2100 Libran 1/1

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH

W044
01/2026

LOT PUC: 198.00DH
C210
2025-05

CNK 3259-850



OXYMAG 375mg
Magnésium marin, barycinate à molette. V9 B1, B6

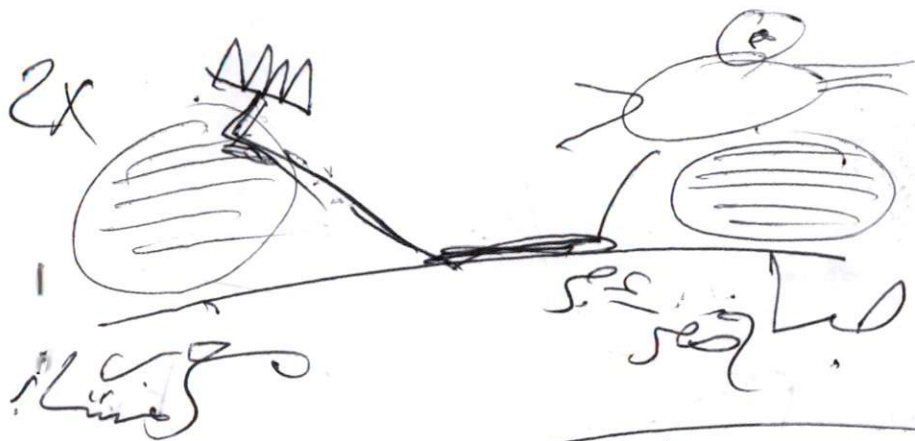
Lot / Batch n°: 23138
Exp. date: 03/26
PPC (DH): 92,00

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

06 61 32 50 34

د. اسماعيل . برشيد - المعمول

87 Avenue Moulay Ismail - Berrchid 6 - Gsm



الحیات / الترویح

الحیاء متفرقة

المساج

DIABLO
TRAFFIC CONTROL
87 MYTAMAL, NEWCASTLE
06 61 32 50 4

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

Dr. Belhaj Soulammi Abdelilah
Medecin Radiologue

M U P R A S

N° Admission : 23007481 N° Facture : 23007286 Date facturation : 05/09/2023

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

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX GENOU F/P	1.00	185.60	185.60
		Sous-Total	185.60 DH
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	1.00	46.40	46.40
		Sous-Total	46.40 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :			Total : 232.00 DH
Deux cent trente deux dirhams			
Adhérent :		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	232.00 DH
PC N° :			



CONSULTATION

....., Le :

Nom :

Age :

Observation : TA: FC: Poids:

HTA ☒ Diabète ☐ Grossesse ☐ Allergie ☐

Autres :

Orientation: Médicale: ☐ Chirurgicale: ☐

Biologique: ☐ Radiologique: ☐

ORDONNANCE

05/09/23

Nom :

Age :

Boungel Zoubrida

Radiu genou gauche
F + P (Ext sup. fémur).

Cachet

Date de prochaine visite:

IC: 0016140060000058
111, Bd Anouai
DIPLOME & Dispositif du Maroc
05 22 25 12 14



DR LAABOURI
TRAUMATO ORTHO
05 41 32 20 24