

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

M22- 0035149

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : RAM 177326

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOAFI EL Mostafa

Date de naissance : 27/09/1958

Adresse : La même

Tél : 06 58 60 78 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin Dr. MAJD EL ALAMI

Date de consultation : 19/09/23

Nom et prénom du malade : Mr Habib Fakine

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Polydypsie Vanes Jenukose

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 : 02/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 2

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/09/23 | CS | | 200,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Dar El Kabir s.r.l.
Ammi Souad SAND
Distributeur en Pharmacie
262 Rue La Croix Lot. Ouled Ziane
Tel: 05 22 97 44 66 - Casablanca

19/09/23

683,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

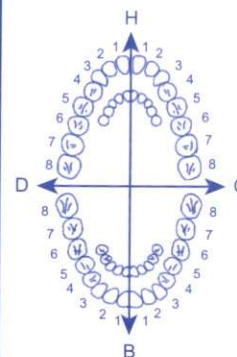
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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)

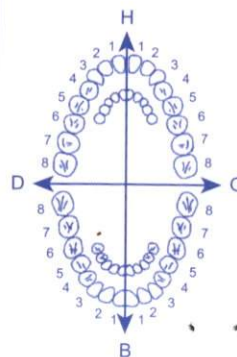
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

DOCTEUR MAJID EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجيد العلمي

الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا
شهاد جامعية في الحمية و أمراض التغذية
السكري السمنة الكولسترول

Casablanca, le : 190923 : الدار البيضاء في:

Mme Habib Fatima.

Boledine rouge

39.70 x2 Fucidine crêpe

202.00 x2 App x2 x2
Deflon 1000

16.40 Floxan 500g

85.80

683.60

صيدلية درب الكبير
Pharmacie Darb El Kabir
Mme. Souad SAJJID
Docteur en Pharmacie
262, Rue La Croix Lot. Ouled Ziane
Tél: 05 22 89 41 69 - Casablanca

الدكتور مجيد العلمي
Dr. MAJID EL ALAMI
31, Bd Abdellah Senhaji Hay El Amal 3, 1er Etage - Casablanca
Tél: 05 22 28 34 19 / GSM: 06 61 78 93 76

صيدلية درب الكبير
Pharmacie Darb El Kabir
Mme. Souad SAJJID
Docteur en Pharmacie
262, Rue La Croix Lot. Ouled Ziane
Tél: 05 22 89 41 69 - Casablanca

31 شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل - الطابق الأول - الدار البيضاء

31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1er Etage - Casablanca - INPE: 091046557 - Ice: 001856360000023

Tél.: Cabinet: 05 22 28 34 19 - Gsm: 06 61 78 93 76 - Email: majdelalami@menara.ma

Fucidine® 2%
Acide fusidique

أنبوب من 15 غ

39, 70

2%
5 g

39, 70

PPV 116DH40
LOT 320132
EXP 03/2025

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

PPV 85DH30
LOT 2N0193
EXP 05/2025

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

16 gélules

Voie orale

daflon® 1000 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

LOT: 353023
EXP: 03/2025
PPV201BH00

PPV201BH00

20100 C
X2 Ged