

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

M23-0015196

178759

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL HANI Fatima
Date de naissance : 17-1951
Adresse : 128, Abdelkader Benbouche Teneniche
Tél. : 0661945921 Total des frais engagés : 6513,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/23
Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA - ACFA
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 : Temara Le : 19/09/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
19/08/23	es		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Conseil Dr. Youssef Aïnou Pharmacien 33, Lot Masrour, Témara Tél/Fax: 05 37 74 11 63	19/09/23	6219,60 102019890

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. Loubna CHAMI (Ep. Alaoui)

Médecin spécialiste en maladies cardiovasculaires

Adultes et enfants

Ancien médecin attachée au CHU Ibn Sina, Rabat

Echodoppler cardiaque, Holter ECG

Holter tensionnel, Epreuve d'effort

Le :

19/09/2021

MME EL HANI FATIMA

- Xarelto 20 mg
1, midi, pendant 6 mois
- Inexium 20 mg
1 comprimé, matin, avant les repas, pendant 6 mois
- Doliprane 1g
1, matin, midi, soir, si douleurs
- IRVECOP 150mg/10mg
1 comprimé, matin, pendant 6 mois
- Cardix 25 mg
1 comprimé, midi, pendant 6 mois
- Levothyrox 100 µg
1, matin, pendant 6 mois
- Relaxium 375mg
1 gélule, soir, pendant 1 mois

INPE: 101167724 -

العامة 2، المكتب 2 - الطابق الأول تمارة المركز
Résidence Temara Mall 2, Avenue Hassan II - Immeu

E-mail : loubnachami@yahoo.fr - Tél : 05 37 61 36 36 - GSM : 05 37 61 36 36



LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

Vole Orale

Vole Orale

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

LOT 224734
EXP 11/25
PPV 111DH30

PPV: 14DH00
PER: 07/26
LOT: M2370

PPV: 14DH00
PER: 05/26
LOT: M1878

PPV: 14DH00
PER: 05/26
LOT: M1878

LOT: 230429
DLUD: 05/2026
99.00DH

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

LOT: 405
PER: JAN 2026
PPV: 84 DH 20

LOT: 389
PER: MAR 2025
PPV: 89 DH 00

LOT: 403
PER: NOV 2023
PPV: 84 DH

03/08

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342

7862160342

7862160342

7862160342

7862160342

PHARMACIE DU CONSEIL

LAHLOU YOUSSEF

0537741163

33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA

Facture N° 20230925-450

de vente : 19/09/2023
Médecin traitant :

MME EL HANI FATIMA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
RELAXIUM B6 CO 375MG B30 GELULES	1	99,00	TVA (20.00%)	99,00
LEVOTHYROX CO 100µG B30 COMP SECA	6	24,40	TVA (7.00%)	146,40
CARDIX CO 25MG B28 COMP	6	84,20	Exonéré (0.00%)	505,20
IRVECOR CO 150/10MG B28 COMP	6	111,30	Exonéré (0.00%)	667,80
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	3	14,00	TVA (7.00%)	42,00
INEXIUM CO 20MG B14 COMP MR	12	82,10	TVA (7.00%)	985,20
XARELTO CO 20MG B28 COMP	6	629,00	Exonéré (0.00%)	3 774,00

Total HT 6 126,32 DHS

TVA 93,28 DHS

Total 6 219,60 DHS

**Arrêté la présente facture à la somme de : six mille deux cent dix-neuf
DHS et soixante centimes**

INPE
102019890
PHARMACIE DU CONSEIL
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33, Lot Masrouk, Temara
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

IF : 91227540 TP : 27921383 RC : 67754 ICE : 001894585000028

Tel : 0537741163

Adresse : 33 RUE DE RABAT TEMARA, TEMARA