

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

N° W21-805057

Maladie Dentaire Optique Autres A 81139

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAHHAR MENNANA Née ZORANI

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 0662326022 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 19/9/23

Nom et prénom du malade : BAHHAR MENNANA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

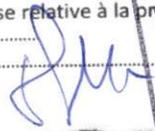
Nature de la maladie : Arthralgie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

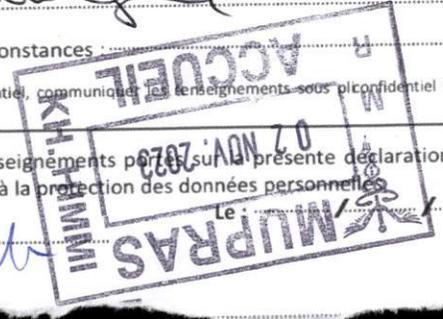
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : 

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
19/09/23	S		300	INP : 091118794 INPE: 091118794 Tél: 0522 26 68 78 89, Rue Omar Sjaoui, Casablanca DR SAÏD BAMY RHUMATOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/23	1083,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>															
				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 colspan="2">D</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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H															
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			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 SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)

Rhumatologue

Maladie des Os, Articulations, Muscles et Colonne vertébrale
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي
اختصاصي

خريج كلية الطب بكلية مولاي نزار فرنسا

طبيب ملازم سابق بمستشفيات فرنسا

استاذ بالدراسة العليا

للتدريس الطبي

أمراض الروماتيزم

العظام المفصل، العضلات

العمود الفقري و الرجل

الفحص بالأشعة

Casablanca, le 19/9/23

BAHAR BENNANA

128,20
49,70

Deflozante 6mg : 1cp 1/2 / J

74,80 x 2

2 min

- sep cen 500 : 1cp nat d m

10 J

(87,40 x 3) 262,20

- Alouia 15mg : 1cp le m au

milieu du repas 20 J / min

(96,00 x 2)
188,00

2 min

- progl 20 : 1cp 1 / J 2 min

(19,00 x 4) 78,00

- wedose : 1cp / m J

= 1083,90

GSM : 0661 42 78 23

39 Zénقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr

PHARMACIE
Dr SAÏD RAMY
96, Rue Omar Slaoui, Casablanca

LOT: 0523011
PER: 02/2026
PPV: 74.80 DH

LOT: 0523011
PER: 02/2026
PPV: 74.80 DH

Lot: SL1176A
Per: 10/2025
PPV: 49DH70

Lot: AA0128B
Per: 12/2026
PPV: 128DH20

Lot: AA0128B
Per: 12/2026
PPV: 128DH20

87,40

87,40

87,40

PPV: 96DH00
PER: 06/25
LOT: M218-4

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3

Maphar
Bd Aikimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 U/1/2 ml
SOL BUY
P.P.V: 19,50 DH
5 118001 185030

X4 ←
Ged