

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

M23-021186

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RHOUFACHA Nouredine
 Date de naissance : 01/01/57
 Adresse : ATTADAMOUN Rm 2 IMM 77 AP 3
 EL OULFA CASN
 Tél. : 0674732292 Total des frais engagés : 2302,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/10/2023

Nom et prénom du malade : Mr Rhoufacha Nouredine Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ☒ ALD ☐ ALG 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 : CASN le 01/11/23

Le : 01/01/23

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
16/10/23		2	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L. A.U. 40 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	16/10/23	t = 22970

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

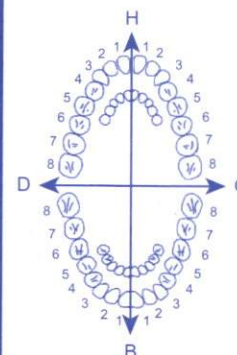
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

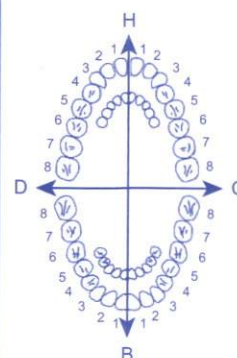
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهدى

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

إختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.
- دبلوم جامعي في أمراض الغدد و الأيض أثناء الانتقال إلى مرحلة البلوغ، باريس.

Casablanca Le : 16/10/23

ORDONNANCE M

Mr Rhaufacha Nouredine

2x 9210

1x

Amarel

3mg/100

3x 3900

GALVUS

50 mg/1000 mg

2x

2x 2550

3x

Alyx 75

1cp

LOT : 22E003
PER : 11 2025

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



LOT : 22E003
PER : 11 2025

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Lot.: 22T285
Exp.: 11.2025

PPV: 255DH00

Lot.: 22T285
Exp.: 11.2025

PPV: 255DH00

05 22 10 41 59

elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point
Chahdia, Oulfa, Casablanca

124 M¹⁰ Juvatus (Cpl)

3288,00

5 Betaverc

12 89,00

5 Flexipleg 1801

22 97,00

100g

BETASERC 24MG
CP B30

LOT : 238E008
PER : 01 2026

P.P.V : 78DH00



118000 012641

LOT : 238E008
PER : 01 2026

BETASERC 24MG
CP B30

P.P.V : 78DH00



118000 012641

LOT : 238E008
PER : 01 2026

BETASERC 24MG
CP B30

P.P.V : 78DH00



118000 012641

180 + 25



PHARMACIE SARANAZ
SARLANU
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tel/Fax : 05 22 65 20 07

DR. TALIB EL MOUDAFI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Maladies du Métabolisme
N°48 1er Etage P. 3 - 104 P. 3
Oulfa - Casablanca - Tel: 0522 1041 23