

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

N° W21-782226

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11995 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ILHAM

Nom & Prénom : ZITOUR

Date de naissance : 10 10 78

Adresse : 182785

Tél. : 0669064727 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pinement d'obscure

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : /

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.

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
20/09/23			350.00	INP. 054643817

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDICINALE Rue 13 Diyar El Menzeh 2 Lissasfa - Casablanca Tel: 0522 65 13 00	20/9/23	381.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/09/23	Reçu de service	300.00

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

Relaxol 500mg/2mg

احذر الغشور المصنوع
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance - liste I
يعرف فقط بوجوب وصفة طبية - لائحة I

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



118000 060833

LOT : 226008
PER : 02 2025

ORDONNANCE

LOT 220197
EXP 09/2024
PPV 52.80DH

Casablanca le 20/9/2023

Mme ZITOUR Ilham

1/MEFSAL 15

1 cp par jour pendant 14 jours

2/RELAXOL

1 cp le soir au coucher pendant 21 jours

3/OEDES 20

1 cp par jour pendant 14 jours

4/NODOL 400

1 cp trois fois par jour pendant 10 jours

5/VITANEVRIL FORTE

1 cp trois fois par jour pendant 21 jours

TOTAL
381,50

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh 2
Lissasfa - Casablanca
Tel: 0522 65 13 99

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh
Lissasfa - Casablanca
Tel: 0522 65 13 99

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • الدار البيضاء

+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 3

28,80

PPV
LOT
PER

28,80

No-Dol Fen 400mg

احذر الغشور المصنوع
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance - Tableau C
يعرف فقط بوجوب وصفة طبية - جدول C

NO-DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
118000 061878

LOT : 22E010
PER : 09 2025

No-Dol Fen 400mg

احذر الغشور المصنوع
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance - Tableau C
يعرف فقط بوجوب وصفة طبية - جدول C

NO-DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
118000 061878

LOT : 22E011
PER : 11 2025

ORDONNANCE

Mme Titour Ilhane

Rx du rachis cervical F/P.

 A. Bouhass

Casablanca, le 20/09/2023

PATIENT : MML. ZITOUR. ILHAM

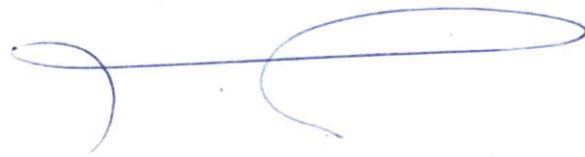
MEDECIN PRESCRIPTEUR : PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL FACE ET PROFIL

- Rectitude du rachis cervical.
- Absence de recul du mur postérieur
- Pincements discaux étagés, plus prononcés en C4-C5 et C5-C6, avec ostéophytes marginaux antérieurs, dégénératifs
- Absence d'épaississement des parties molles péri-vertébrales

Merci de votre confiance.

DR. KERROUF



CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 8577 / 2023 du 20/09/2023

Nom patient **ZITOUR ILHAM**
PAYANTS

Entrée 20/09/2023
Sortie 20/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RX RACI IIS CERVICAL FP	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION	1,00		350,00	350,00
			<i>Sous Total</i>	650,00
Total Clinique				650,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	Total	650,00
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		