

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° S19-0000026

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7258 Société : R A M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JUDSEN ANAST Date de naissance : 21/01/69
Adresse : V217 JDD DAN BOZZA
Tél. : 0661370030 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : AEG, Allergie, Rhume

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 : 29 / 03 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
15/01/24	CS	/	30004	
05/02/24	CG	/	CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/01/24	314,62
	05/02/24	492,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

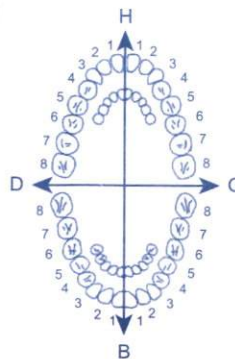
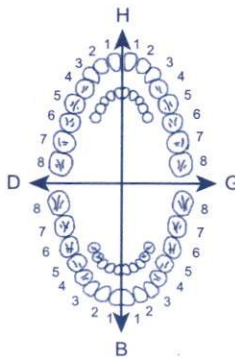
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				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'EXECUTION

Fabriqué par:
PLAMECA
 Avda. Prat de la Riba, s/n
 08780 Palleja
 Barcelona - Spain
 R.S.I. 26.05726/CAT

Biocodex Maroc
 www.biocodex.ma
 P.P.C. 89,00 DH

Restores hydra
 and irritated nos



الدكتورة مريم العلوي اختصاصية في الامراض الباطنية

- دبلوم الامراض الروماتيزمية - باريس
- دبلوم الادوية البيولوجية في الامراض
- المناعية - مونولي
- دبلوم امراض التهاب الامعاء - ليل
- دبلوم الرئة و الامراض الجهازية - ليل
- دبلوم طب الشيخوخة - الرباط
- دبلوم الاكوغرافية - الرباط
- شهادة امراض الدم - الجزائر

Lot: 230317
 A consommer
 de préférence avant le: 03/2026
 PPC: 99,50 DH

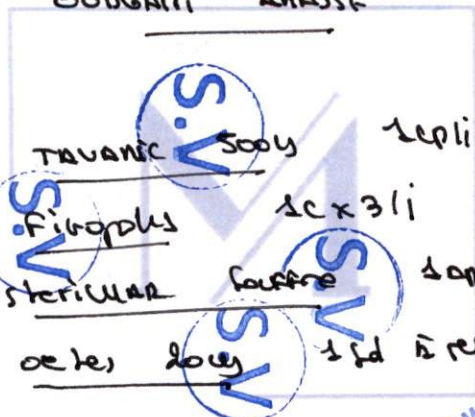
- Diplôme de g  ri  trie gérontologie - Rabat
- Diplôme d'échographie - Rabat
- Certificat : cours intensif d'hématologie du Maghreb - Alger

Casablanca le : 05/02/2024 : الدار البيضاء

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat -R.P.1.
 Ain seba   Casablanca
 Tavanic 500mg, cp pel b7
 P.P.V : 205,00 DH



oudgairi ANASSA



- 1 - 205,00
- 2 - 99,00
- 3 - 89,00
- 4 - 99,00

Docteur Lala Myriem ALAOUI ELMHAMDI
 Spécialiste en Médecine Interne
 INPE : 091251587
 PHARMACIE LES JARDINS
 DE L'OCEAN BAY Sarl Au
 Route d'Azzemmour Km 15
 Der Bouazza - Casablanca
 Tél : 05 22 99 08 29
 RC : 399369 - T.P : 32960411

LOT 232296
EXP 07 2028
PPV 45 30

LOT 230653
EXP 03 25
PPV 170.00 DH

CEFICO

- Les maladies inflammatoires chroniques intestinales - Lille
- Diplôme de poumon et maladies systémiques - Lille
 - Diplôme de gériatrie gérontologie - Rabat
 - Diplôme d'échographie - Rabat
 - Certificat : cours intensif d'hématologie du Maghreb - Alger

Casablanca le : 15/01/2024 : الدار البيضاء

LOT: 230902
DLUD: 10/2026
83,00DH

le la Gorge

icateur directionnel

ool nservateurs

PPV 150 H 80
PER 02/20
LOT M670

15,80



oudghiri Anasse

- 170,00
1. CEFICO 2000 1cp x 2 li 8 jours
- 45,80
2. Ibne 2000 2cpli li 160,80
- 83,00
3. Doulox sup 1c x 3 li 10 jours
- 15,80
6. Dolipine sup 1cp x 3 li 7 jours

314,60

Docteur Lala Myriem ALAOUI ELMHAMDI
Spécialiste en Médecine Interne
INPE: 091251587

PHARMACIE DES JARDINS
DE L'OCEAN BAY SARI AU
Route d'Aremmour Km 15
Der Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 10 68 29
05 399369 - T.P. 32960111