

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

M22- 0007822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

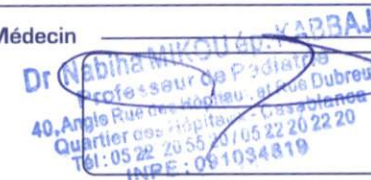
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAAFER SI EL HASSANE
Date de naissance : 26/11/67
Adresse : N°4 RUE N°4 AL OUDS 3 LISSAFA CASA
Tél : 661456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2024
Nom et prénom du malade : JAAFER ISMAIL Age: 15A
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 : CASA Le : 11/03/2024
Signature de l'adhérent(e) : JAAFER

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.

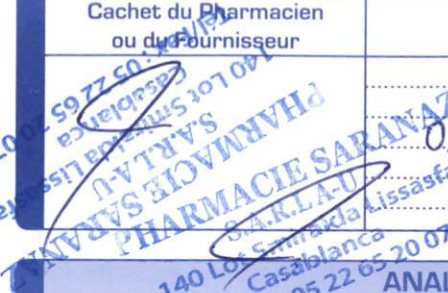
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03.01.24	C.S		3.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/24	r = 235,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

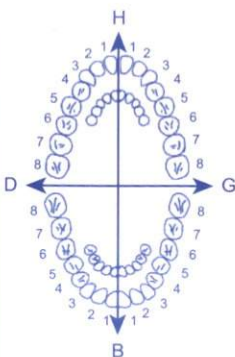
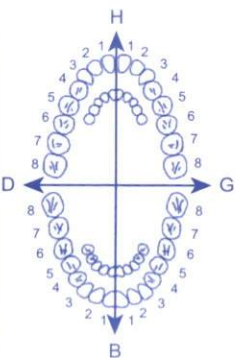
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr Nabihah MIKOU

Ep. KABBAJ

Professeur de Pédiatrie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
et de l'Université Paris V

Ancienne chef de Service de Pédiatrie
à l'Hôpital d'Enfants de Casablanca

Pédiatrie Générale

Rhumatologie et Médecine Interne Pédiatriques



الدكتورة نبيهة ميكو
زوجة قباچ

أستاذة في طب الأطفال

خريجة كلية الطب بالرباط
و جامعة باريس V

رئيسة مصلحة طب الأطفال سابقا

بمستشفى الأطفال بالدار البيضاء

طب الأطفال

أمراض المفاصل والطب الباطني للطفل

Casablanca, le

4/1/2024

Small Jaafar

une normale

250000

sempale / 15 jours

pol 3 mois

puis sempale / mois

pol 4 mois

2/ Goldchicure

aply = 3 mois

إقامة لروزو، 40، ملتقى زنقة المستشفيات و زنقة الكلونيل كرو، الطابق 2، رقم 10، حي المستشفيات، مقابل جناح 28، الدار البيضاء
Résidence les Roseaux, 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Al Colonel Gros, 2^{ème} étage, App. 10, Quartier des Hôpitaux,
en face du pavillon 28 de l'Hôpital Ibn Rochd (Station Tram : Wafasalaf) – Casablanca

Tél.: 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 / 06 66 50 50 50 - Fax : 05 22 20 70 20

E.mail : mikoupedia@gmail.com - Site Web : www.mikounabiha-pediatre.com

4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكالسيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Ergo
maroc
LABORATOIRES PHARMACEUTIQUES

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H21D
EXP: 08/2025

4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكالسيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3

6/01/26



Ergo
maroc
laboratoire pharmaceutique

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H21D
EXP: 08/2025

4 أمبولات للشرب

د-كبر أمبولات

كوليكالسيفيرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Ergo
maroc
Laboratoire pharmaceutique

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

PPV: 56,30 DH
LOT: 23H21D
EXP: 08/2025

كولشييسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشييسين

عن طريق الفم

Colchicine 1 mg
OPICALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,48

كولشييسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشييسين

عن طريق الفم

Colchicine 1 mg
OPICALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,48

كولشييسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشييسين

عن طريق الفم

Colchicine 1 mg
OPICALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,48

1 ملغ كولشيسين

أوبوكالسيوم
كولشيسين

عن طريق الفم

Colchicine 1 mg
OPICALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,48

كولشيسيبن 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيسين

عن طريق الفم

Colchicine 1 mg
OPICALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,48