

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.

Diologie 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 059529

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM 41405
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN
Date de naissance : 10-04-1955
Adresse : 85 Lot Epinal Apt 4 Maarif Extension
Casablanca
Tél : 0624030313 Total des frais engagés : 1845,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



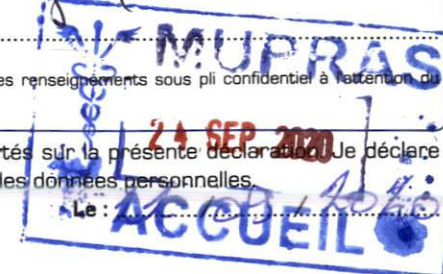
Date de consultation : 21/09/2020
Nom et prénom du malade : BOUDOUCH HASSAN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Polyarthralgie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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


Signature de l'adhérent(e) :



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
24/09/20	7		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/20	1545,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

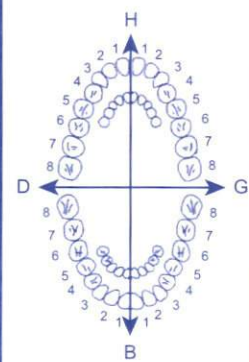
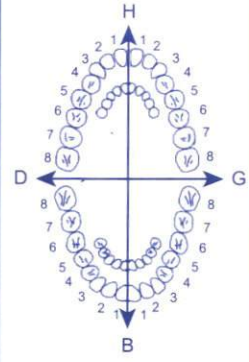
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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
Colonnes vertébrales
Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي اختصاصي

خريج كلية الطب بكلية مونت فيرنانز فرنسا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

استاذ بالمدرسة العليا

للتدريس الطبي

أمراض الروماتيزم

المفاصل، العضلات

المهود الفقري و الرجل

للعص بالاشعة

Casablanca, le 25 / 01 / 20

1° BOUDOUCH HASSAN

56.30

- D-cure : 1 ap/min 4 aples

35.10X18

- Becidange 2 gel rat ch nich

136.50

- Alyse 25 : 2 gel au coucher 3 mois

144.30X3

- Isox 200 : 1 gel 1 J 20 J/min

96.00X3

- progel 20 : 1 gel 1 J 3 mois

- Triate : 1 gel 1 J

- stesam : 1 gel 1 J 2 mois

PHARMACIE SOCRATE

33bis, Rue Ibnou Majat Chantimar 20000 Casablanca

Tel: 0522 26 68 78

0522 26 68 78 : الهاتف : 39 نفقة عمر السلاوي الطريق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترفيق الداء البيضاء - الهاتف :

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

E-mail : saidram@hotmail.fr

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2023
LOT 02048 1

Journal

PPV :
LOT :
EXP :
56.30 DH
20014/B
04/2022

D-CURE MARQUE
6 11 800 320080

0

200 mg

LOT 19000
PER 09/22
PPV 144DH3

144.30

144.30

LOT 20002
PER 02/23
PPV 144DH3

144.30

LOT 20002
PER 02/23
PPV 144DH3

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12915-2

Lot: 490812
Per: 09.2021
PPV: 136DH50
ALYSE 15mg

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12915-2

PPV: 96DH00
PER: 03/22
LOT: 12915-2