

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**Biologie 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.

**Educations :**  
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 ALQ :**  
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° M20- 0008743**

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☒ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 294      Société : RAM      (58636)

☐ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre : .....

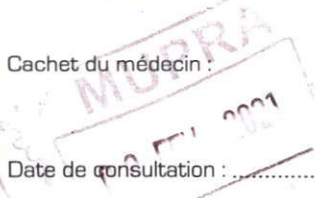
Nom & Prénom : BAKDIRI Rami

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : .....      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      ☐ Conjoint      ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....      Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	D 00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																	

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 0063216</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0063216

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	00296	
Nom & Prénom		BAKID FATMA		
Fonction	Phones			
Mail				
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
lee w/ gab ✓				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
19.1.2015	✓	300,00		
<b>PHARMACIE</b>	Date		18/1/2014	
Montant de la facture		79,80 DM 595,00 DM		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires		
		CACHET		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
		CACHET		

Dr. N. Latif- IDRISSE

Chirurgie Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت  
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

19. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE

75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tel. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

السيد (ة)

① Arcoxia 60

S.V.

10

16,60 x 5

① Gelupax 20

S.V.

1 x 10,1

87,10 x 2

① Moxiu 20

S.V.

1 x 30

39,80

① Laroxyg 300

S.V.

3 x 10,1

87,00

① Reluxu 100

S.V.

1 x 30

595,00

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 29 09 63

I.C.E. : 000500246000026

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE

75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tel. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

Distribué par MSD Maroc  
P.P.V: 221,00 DH  
AMM 450/16DMP/21/NTO



6 118001 160037

16,60 ←

←  
16,60

16,60 ←

SYNTHEMEDIC

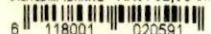
22 rue zoubair bnou al anoum roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21/NRO P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

SYNTHEMEDIC

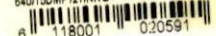
22 rue zoubair bnou al anoum roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg Cpr GR

Bolte 14

64015DMP/21/NRO P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

Amraptymine

PPV:39DH80

PER:09/23

LOT: J2244

LOT: 200082  
DLUO: 02/2023  
87,00DH

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oufia Casablanca

Tél : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

16,60  
PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

→ 16,60

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

PPV 16DH60  
PER 09/23  
LOT J2362-1

16,60

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France  
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CHU de Nantes  
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes  
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique  
Membre de la Société Française de Chirurgie  
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت  
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت  
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

BAKROUD FATIMA السيد (ة) :

79,80 ① New J 2 SM 75  
Chaw

pay 1 x 2 x 301

PHARMACIE SCOUTANE  
Groupe K - Rue 133 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 69 09 63  
I.C.E : 00050046000026

Dr. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO ORTHOPÉDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. : 05 22 25 25 16  
Fax : 05 22 25 25 07

ISOPHARM  
NEW EXCHANGENT

79.80 DH

MFD 10/18  
LOT 181009

09/22



810761 171010

PHARMACIE SCOUTIANE

Groupe K. RUE DE N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tel. : 05 21 44 09 63

I.C.E : 000500256000026