

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 : N° P19-0007240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAÏB Date de naissance : 04/08/1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0644074077 Total des frais engagés : 1556,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2022

Nom et prénom du malade : MOHAMMED ROUBA Age : 28/06/63

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 20/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

[illegible][illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2010/02/22	5406,10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2010/02/22	5406,10

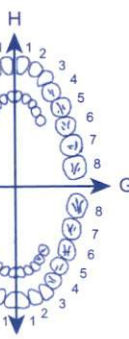
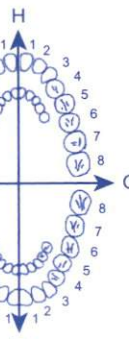
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2010/02/22	5406,10

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2010/02/22	5406,10

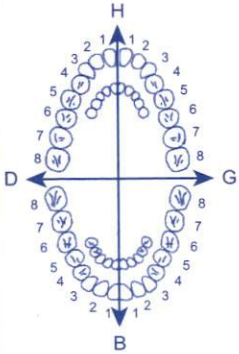
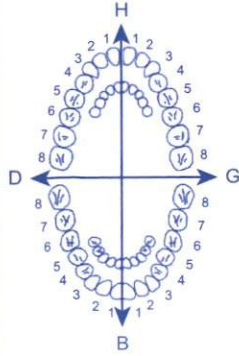
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

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												
				Montants des Soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D 00000000</td> <td style="text-align: left;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"></td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000		35533411 11433553	B		Coefficient des Travaux
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
		35533411 11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins												
				Date du devis												
			Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

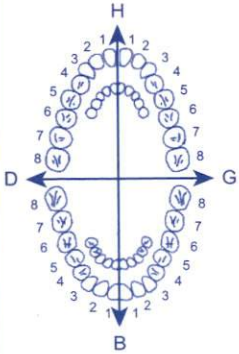
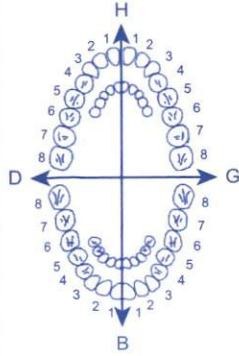
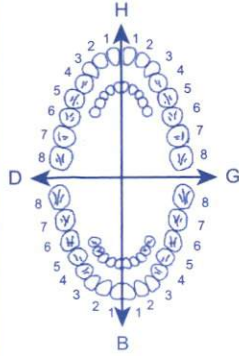
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

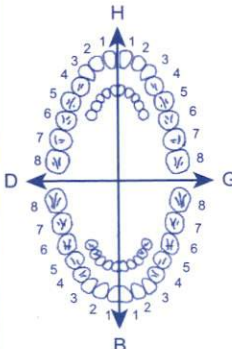
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux														
				Montants des Soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: left;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

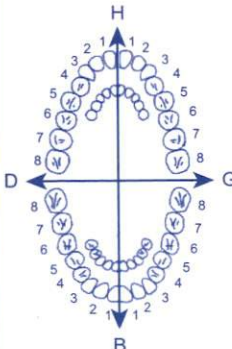
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

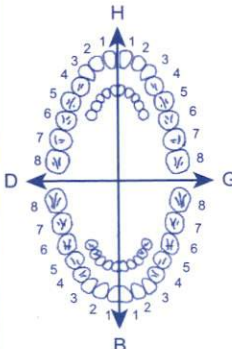
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

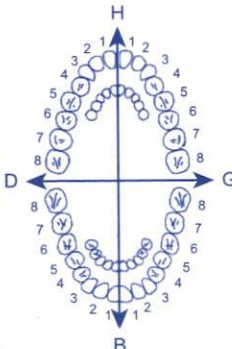
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

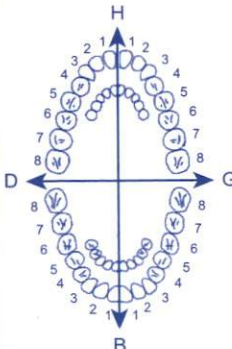
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

[illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

[illegible]

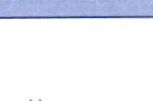
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
The diagram shows upper and lower dental arches. Teeth are represented by circles containing numbers 1 through 8, indicating their position relative to the midline. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D'/'G' on the sides. The lower arch is labeled 'B' at the front.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	
	H	G													
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	B													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the center. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 on each side. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the upper arch, and another vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the lower arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the center of the lower arch, and another horizontal arrow labeled 'G' points to the right from the center of the lower arch.	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H	H	Coefficient des travaux
		D G	
		B	Montants des soins
		[Création, remont, adjonction]	
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis
	B	V	Date de l'exécution

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	B														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
The diagram shows two dental arches. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left side. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right side. Teeth are represented by circles with numbers 1 through 8 indicating their position from the center outwards.	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 to 8 on each side, starting from the center. The lower arch also has teeth numbered 1 to 8 on each side, starting from the center. Arrows indicate directions H (top), B (bottom), D (left), and G (right).	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 to 8 on both the left and right sides, starting from the center. The lower arch also has teeth numbered 1 to 8 on both sides. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the upper arch, and another vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the lower arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the center of the lower arch, and another horizontal arrow labeled 'G' points to the right.	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		MONTANTS DES SOINS	
		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUZIT Souad

Medecine Générale

Diplômée de la Faculté
de médecine de Montpellier
en Diététique et Diabétologie

الدكتورة سعاد أوزيت

الطب العام

حاصلة من كلية الطب بمونبيلي
على دبلوم جامعي في التغذية ودراسة السكري

Casablanca le: 20 mai 2022

Mme LAHROUB ZOHRA

78720
x3 1/ **DIAMICRON 60**

2 CP MATIN

3920
x3 2/ **GALVUS MET 50/1000**

0.1.1

3/D CURE FORTE 100.000

1 AMP/1 MOIS

Traitement pendant : 3 Mois

suob.20
PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HAOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Rendez vous le :

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72

373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi -Casa -Tél.: 05 22 73 72 72

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

78,70 /

78,70 /

78,70 /