

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0052586

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7649 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOWLELAH RACHID
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0668783299 Total des frais engagés : 150 + 214 + 220,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/05/2019
 Nom et prénom du malade : SITI Fatima Age: 79
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cielopathie
 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

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
25/05/22	C		250	
			200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/05/22		216,00
	30/05/22		220,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

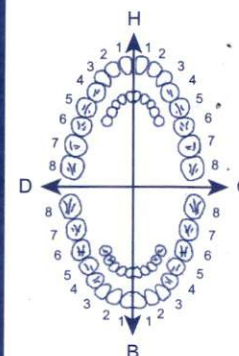
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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
-----------------	----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

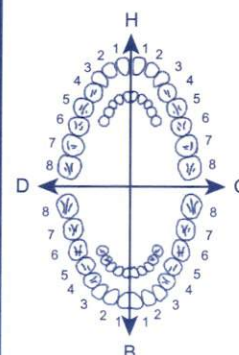
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. ELYOÛSSEFI Fatima

Médecine Générale

DU en Diabétologie

DU en Médecine de Travail

Diplôme en Echographie

ECG

Ancien Medecin de l'hôpital Al Hassani



الدكتورة اليوسفي فاطمة

الطب العام

دبلوم داء السكري

دبلوم طب الشغل

دبلوم الفحص بالصدى

تخطيط القلب

طبيبة سابقة بمستشفى الحسني

Ordonnance

Casablanca Le

20/07/22

الدار البيضاء في

9 - SADI korime

84,2

11 -

Zen Map

2 cp

Colhax 4

2 cp x 2

82

Naexin'coll

II fl x

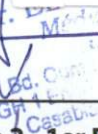
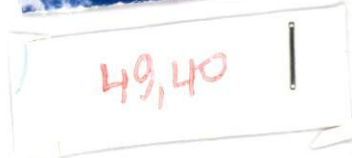
2990

41 -

Kolum

20.214.00

2 cp x 1 ap x 1



KALMAGAS®

LOT: 210948
PER: 01/2027
PPC: 79,90DH

Bd. Oum Rabiâ Hadikat Oum Rabiâ - GH1 - Entrée 2 - 1er Etg - Appt 5 (en face café Bla Bla)

Tél : 05 22 89 77 79 - E-mail : fatimaelyoussefi80@gmail.com

Jura tous ans
s ans

Dr. EL YOUSSEFI Fatima
Médecin Généraliste
Bd. Oum Rabie
GH 1 Entrée 100m N° 5 El Oulfa
Casablanca - Tél : 2 89 77 10

Dr. ELYOUSSEFI Fatima



الدكتورة اليوسفي فاطمة

Médecine Générale

DU en Diabétologie

DU en Médecine de Travail

Diplôme en Echographie

ECG

Ancien Medecin de l'hôpital Al Hassa....

الطب العام

دبلوم داء السكر

دبلوم طب الشغل

دبلوم الفحص بال

تخطيط القلب

طبيبة سابقة بمستشفى

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Ordonnance

Casablanca Le

30/05/22

الدار البيضاء في

7- SAPI 100mg

40, 50 x 3
11 - Tardyferon 80mg

Sup 2 21

49, 60 x 2
21 - Doucine 100mg

T = 220, 70



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV: 40,50 DH
LOT: 11/2020
EXP: 11/2024

4 AN
09/05/2022
09/05/2022

Dr. EL YOUSSEFI Fa
Médecin Généraliste
Diabétologue

Bd. Oum Rabiâ Hadikat Oum Rabiâ - GH1 - Entrée 2 - 1er Etg - Appt 5 (en face café Bla Bla)
Tél : 05 22 89 77 79 - E-mail : fatimaelyoussefi80@gmail.com

Bd. Oum Rabiâ Hadikat Oum Rabiâ - GH1 - Entrée 2 - 1er Etg - Appt 5 (en face café Bla Bla)

Tél : 05 22 89 77 79 - E-mail : fatimaelyoussefi80@gmail.com