

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.

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- 0033255

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5565

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : S. H. B. E. N. H.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0672 141554

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL MRINI MOHAMED
CHIRURGIEN UROLOGUE
76, Bd. Abdelmoumen 3ème Etage
Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Gsm: 0661 07 35 -

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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

14/06/22 6 6
17 JUIN 2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la facture

14/6/22 668.45

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

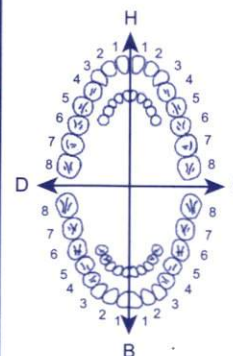
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

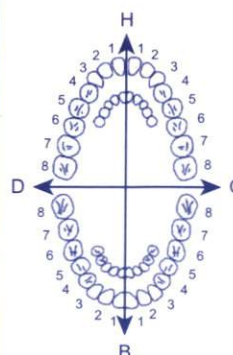
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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



AKDITAL

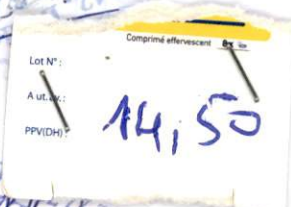
Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيش

Casablanca, le 14/06/22

M. SABER NADIA
Né le : 02/02/1965

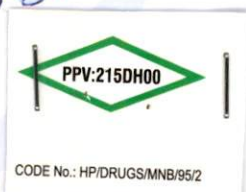


CJ022F10232036



1/ ANDOL 1g 14 x 3l, 14.50
2/ DAZEN 1g x 3l, 5, 47.80
3/ SEPCEZ 1g 4g x 1l, 40j, 170.00 + 97.90
4/ OFEIZEN 200g 4g x 4l, 12j, 215.00
5/ RACIKR 40g 4g x 1l, 215.00
6/ REVITAL 2g x 1l, 1mm, 123.25

T2 668.45



Dr. ELMRINI MOHAMED
CHIRURGEN UROLOGUE
74, Bd. Abdelmoumen, 1^{er} étage
Tél: 0522 25 25 25 - Fax: 05 22 25 25 25

* PHARMACIE TAJMOUATI **
DR TAJMOUATI BTISSAM
242 BD ZERKTOUNI CASABLANCA

Patente N°: 35504857
N° R.C. : 253122
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale : 40401872
ICE : 000819445000006

Tél : 0522227188

Le : 20/06/2022

mm

FACTURE : 82713 du : 14/06/2022

Qté	Désignation	Prix	Montant	TVA
1	RACIPER 20MG BT/14CP	82,00	82,00	7,00%
1	OFIKEN 200MG BT 16	170,00	170,00	0,00%
1	OFIKEN 200/8CPS	97,90	97,90	0,00%
1	ANDOL 1 G CPS	14,50	14,50	0,00%
1	DAZEN COMPRIMES	47,80	47,80	0,00%
1	REVITAL GINSENG PLUS 30CP	123,25	123,25	20,00%

Total TTC 535.45
Droits de timbre 1.34
Net à payer 536.79

Arrêtée la présente Facture à la Somme de : CINQ CENT TRENTE SIX DIRHAMS ET SOIXANTE DIX NEUF CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0.00%	0,00	330,20	0,00	330,20
7.00%	7,00	76,64	5,36	82,00
20.00%	20,00	102,71	20,54	123,25
		509,54	25,91	535,45

Ofiken®

Céfixime

200 mg



8 Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 220205 2

EXP 01 24

PPV 97.90 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطينما
sothema

دازين 10.000 وحدة
سرابتاز

47,80

40 قرصا مليسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سينتيمدك
22 - زنفه زينزين الهوام
الصخور السوداء - الشارع البيضاء

PPV:

EXP:

Lot N°:

Ofiken®

Céfixime

200 mg



16 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 220473 1

EXP 02 24

PPV 170.00 DH

*12 jours
après les*



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRES



سو Thema
othema