

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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0005897

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : elhachimi M. Date de naissance :
Adresse :
Tél : 0664 79 1442 Total des frais engagés : 4856 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/10/2022
Nom et prénom du malade : Boukhoutma ASMAA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Syndrome gypsel
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 : 12/10/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
2022	C1		200	مكتور الحريشي رشيد DR HIRICHI Rachid Médecine Générale 295 Av Oued Talsit Gate El Oulfa Casa Tet 06 66 80 66 INPE 091076893

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme MAHROUCH Pharmacie Zakir ED. KADIRI Tet 06 66 80 66 INPE 091076893	12/10/22	287,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

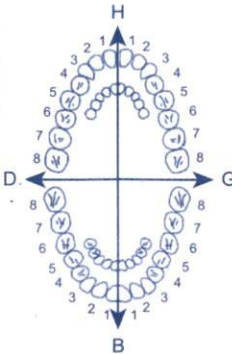
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

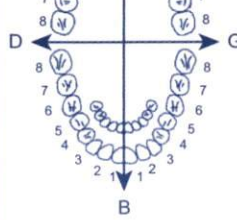
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Doliprane[®]
PARACÉTAMOL 1000 mg

Adulte

KETC

Kétoprofène

Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

AMM N° : 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Marla MAFTOUH
Pharmacien Responsable

VITAMINE C 1g ☒
Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH

6 11800 190936

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.

Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Casablanca, le :

12 أكتوبر 2022

في

Mme Boukhouima ASMAA.

79,70 x 2 1). Azix 500 mg (02B)
= 159,40

M, 20 2). Vogaline 5mg

24,50 3). Keboflex 50 mg

14,30 4). Rhinofebral
1 gélule x 2 j

14,60 5).

26,50 6).

79DH70
PPV: 01/25
PER: L108
LOT



AZIX[®] 500 mg
Azithromycine

79DH70
PER: 08/24
LOT: K2275



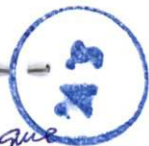
XIZ[®] 500 mg
Azithromycine

22,40

CANAFELUCAN[®]

VOGALENE[®] 5 mg
Voie rectale

LOT: 211813
PER: 12-2024
PPV: 11,30DH

22,40 7) - Canaflexan 750 mg - 
rep en dose unique

= 287,60

دكتور الحريشي رشيد
Dr HRICHI Rachid
Medecine Générale
295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa Tél. 80 66 80 66
INPE 091076893



LOT : 211142
EXP : 09/2024
PPV : 14,30DH
PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV. :

PPV 14DH60
PER 02/25
LOT L471