

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

- 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



144005

Déclaration de Maladie : N° P19-0010271

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 661 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELLOUIZ Milouda Date de naissance : 1945
Adresse : 37, Rue 15 INARA 1
Tél. : 06 19 907 807 Total des frais engagés : 958 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/22
Nom et prénom du malade : Me ELLOUIZ Milouda Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur au bras
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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'Exécution des Actes
28/11/22	CS		300 DM	Dr. Mohamed ELIMATOLAH Angle Bd. 2 Mars et rue Amsterdam App. 8 Casablanca - Tél: 8522.83.30.30 E mail: mtooumy@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila Av. 2 Mars Prolongée Inara 1 Casablanca - Tél: 85 22 21 09 76	28/11/22	658,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

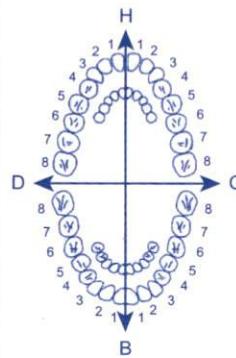
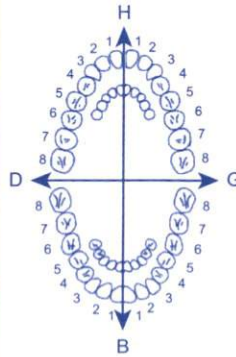
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem TOUIMI

BENJELLOUN

ME EN RHUMATOLOGIE

LOT 224368

EXP 06/25

PPV 109DH20

le ostéo-articulaire (Paris)
logie interventionnelle (Grenoble)
s osseuses médicales (Paris)
es et maladies systémique (Paris)

LOT 224368

EXP 06/25

PPV 109DH20

الدكتورة مريم تويمي
بنجلون

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم

الفحص بالصدى (باريس)

أمراض هشاشة العظام (باريس)

التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)

العلاج بالأدوية البيولوجية

28.11.2022

Mme ELLOUIZ Milouda

$10 \times 20 \times 2 = 218,40$

1 GAPREX 25

1 le soir, pendant 3 jours. PUIS 1 A MIDI ET 1 LE SOIR X 3
PUIS 1 MATIN MIDI ET SOIR 3 MOIS

$35 \times 10 \times 5 = 175,80$

2 BECIDOUZE

1 le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

$94 \times 100 \times 2 = 188,00$

3 MYDOFLEX

1 le matin, à midi et le soir, pendant 20 jours.

$13 \times 20 \times 2 = 26,40$

4 ALGIK

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

49×100

5 VOLTFAST 50

1 à midi, après le repas, pendant 9 jours.

6 AULCER 40

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

$658,00$

GTIN: 06118001260850

LOT: 3973

MF: 03 2022

EXP.: 03 2025

PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850

LOT: 3973

MF: 03 2022

EXP.: 03 2025

PPV: 94dhs00



MOUHSSINE MOUHSSINE
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

118001031016
VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

Dr. Meriem TOUIMI BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
8, Angle Bd 2 Mars et Rue Ave
Casablanca
Tél: 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com

Angle Boulevard 2 Mars et Rue Amsterdam, 2ème étage - Appt N° 8 Au dessus de Mcdonald's 2 Mars - Casablanca

زاوية زنقة أمستردام و شارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E.mail : mtouimy@gmail.com

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 d

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

BECIDOUZE® 20 dr

PPU 35DH10
EXP 09/2025
LOT 26008 2

13,20

13,20