

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-712680

145365

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

11004

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERATH NEJIAA

Date de naissance :

26 aot 1977

Adresse :

6, Rue de la mutualité Râmine
CAFABLANCA

Tél. :

0661319768

Total des frais engagés : 709 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

17 JAN. 2023

Nom et prénom du malade :

MARFOUD IMRAN

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION O.R.L.

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 l'obligation relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 27/11/2023

Le : 27/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
25/11/2022	CS		200DH	INP : 091047084 Dr. Wafa Bouskoura O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale Bouskoura

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ZEMMOURA ROUTE DE FOËTÉ Bouskoura</i>	<i>28/11/11 22</i>	<i>509,-</i>

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

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

RELEVE 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												
			INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES															
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	G	00000000	B	35533411	D	00000000	G	11433553
	H	21433552													
	D	00000000													
	G	00000000													
	B	35533411													
	D	00000000													
	G	11433553													
	$\begin{array}{r l} H & 21433552 \\ \hline D & 00000000 \\ G & 00000000 \\ B & 35533411 \\ \hline D & 00000000 \\ G & 11433553 \end{array}$														
	(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

Dr. BEN MALEK WAFAÂ

Spécialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale

Ex chef de service à l'hôpital ben M'sik
ex chef de service à l'hôpital baouafi

الدكتورة وفاء بن مالك

اختصاصية في أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن امسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي

Casablanca, le 25/11/2022

Pharmacie زماما
Km.16, Route Zemmama
109, Douar Fokra Bouskoura

Boufong Imlan
6m (28Kg)

- Levamox 500 (SL)
1 cp 3 fib x 10j
- Amagred 20 mg (SL)
1 cp 1/2 le matin x 6j
- otosun nasal 60g (SL)
après 6 rep
- 1 pulvastat 3 fib x 10j
- Tondex (SL)
1 cm (5 ml)

Dr. BEN MALEK WAFAÂ
Spécialiste ORL et
Chirurgie Cervicofaciale
Centre Bouskoura, Casablanca

وسمى بـ مركز الدكتور، عمارة الراندى الطابق الأول رقم 2، بوسكورة - الدار البيضاء.
Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi, Agg. 2
Tél. : 05 22 78 25 20 - GSM : 06 29 95 04 - Gmail : orl.bouskoura@gmail.com

Pharmacie Zemmama
Km.16, Route Secondaire
109, Douar Fokra Bouskoura

Anapred 20 mg
20 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

LOT : MD929
PER : 07/2024
PPV : 40,90DH

مُخَبَّراتِ دِيفَا لِلصَّدْلَةِ

NS :

decin.
الدواء
دويت
ومنفل
ل'abri

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg

6 118000 032861

مُخَبَّراتِ الصَّدْلَةِ الْعَدْيَلِيَّةِ لِلصَّالِحِ الْإِفْرِيقِيِّ - 21 - زَنْقَةِ الْأَنْزَارِ

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D0281
EXP 05/2024

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg

6 118000 032861

مُخَبَّراتِ الصَّدْلَةِ الْعَدْيَلِيَّةِ لِلصَّالِحِ الْإِفْرِيقِيِّ - 21 - زَنْقَةِ الْأَنْزَارِ
QUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D0281
EXP 05/2024

LEVAMOX®

12 comprimés effervescents 500mg/62,5mg

6 118000 032861

مُخَبَّراتِ الصَّدْلَةِ الْعَدْيَلِيَّةِ لِلصَّالِحِ الْإِفْرِيقِيِّ - 21 - زَنْقَةِ الْأَنْزَارِ
QUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX® 500 mg 12 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 99DH70
LOT 1D0281
EXP 05/2024



8 016887 000134

OTOSAN®
ISOPHARM
OTOSAN
NASAL BABY

NASAL
SPRAY
Baby

Effetto
Efecto
Abschleimung
Effet d'
Decongestion
89.10 dhs
بروتوكول الاحتقان

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

LOT 104789/FC5
PER 04/2025
PPC 79,90

Sans alcool
Sans sucre

PROCEDE
à la...
à la...

TOUDEX® Mauve - Cassis



6 111255 810642

Durée d'utilisation :