

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



145510

Déclaration de Maladie : N° P19-0002454

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2466 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme SOUSSI Saïda Date de naissance : 1954

Adresse : 30, Rue Finoulmes des Roys EL AKRAH Benguelme

Tél. : 0668971004 Total des frais engagés : 1861,12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/12/2022

Nom et prénom du malade : Soussi Saïda Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : Polypectomie - HSA

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 : CASABLANCA Le : 18/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17/11/2022		5	20	
		2	10	
		100	700	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/22	1861,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

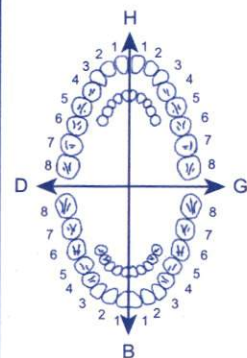
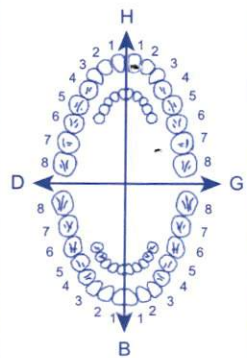
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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

Docteur Rachid LARAKI

Ancien Chef de Clinique à la faculté de
Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MEDECINE INTERNE

le 15/11/2022

Ne Surtout Surtout

OROXYL 1 pulv. 3 b.i.

79,00 1hc

KELAFER 70 → Tardif en APAS Avis
supplémentaire → du médecin

40,50 x 3

1 q/i 15 j/m

81,00 x 6

F. Focand 240 1 l.

36,00 x 6

Sodix 2,5 1 l.

138,12 x 6

Prezan 100 1 l.

13,40 x 6

Colchicine 1 l.

49,60

Core fac

1 A tes 2 up x 1.

الدكتور رشيد المراقبي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tél: 05 22 98 16 69 - Fax: 05 22 98 14 07 - Email: rlaraki.interniste@gmail.com

1861,10

Casablanca
Tél: 05 22 98 16 69 - Fax: 05 22 98 14 07

Fibrocard® 240 mg

LOT 22A06 1
EXP 01 2026
PPV 81.00 DH

Fibrocard® 240 mg

LOT 22A06 2
EXP 01 2026
PPV 81.00 DH

Fibrocard® 240 mg

LOT 19123/B 3
EXP 09 2023
PPV 81.00 DH

Fibrocard® 240 mg

LOT 22A06
EXP 01 2026
PPV 81.00 DH

Fibrocard® 240 mg

LOT 22A06 2
EXP 01 2026
PPV 81.00 DH

Fibrocard® 240 mg

LOT 22A06 1
EXP 01 2026
PPV 81.00 DH

PREZAR® 100 mg
Losartan

PPV: 138DH10
PER: 11/25
LOT: L3803

PREZAR® 100 mg
Losartan

V: 138DH10
R: 11/25
T: L3803

PREZAR® 100 mg
Losartan

PPV: 138DH10
PER: 09/25
LOT: L38218

PREZAR® 100 mg
Losartan

PPV: 138DH10
PER: 11/25
LOT: L3803

PREZAR®
Losartan

PPV: 138DH10
PER: 09/25
LOT: L38218

Colchicine 1 mg
OPOCALCIUM

Colchicine 1 mg
OPOCALCIUM

13,40

Colchicine 1 mg
OPOCALCIUM

13,40

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

36,00

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

36,00

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

36,00

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

36,00

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

PPV: 36,00
LOT:
PER:

SODRIX® 2,5 mg
Voie orale

Indapamide

36,00

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculésDistribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

PPC 79 DHS

22694

2024-05

LOT

**OROXYL®**PPV: 49,60 DH
LOT: 22694
EXP: 08/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

6 118002 080020 >

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

Mme Soussi Saida

Casablanca, le 17/11/2022

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Dynamap + SpO2	150,00 DH
Total	700,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 700,00 DH (Sept cents dirhams)

الدكتور رشيد لاركي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca
Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

IF: 40701909 - INPE: 091092551- ICE: 001681227000058

Docteur Rachid LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 – Email : rlaraki.interniste@gmail.com

Casablanca le

M, Mme.

DYNAMAP

SpO₂ = 97%

	SYST	MOY	DIAST	POULS
Bras droit	177 74/4	117 126	82 81	78 81
Bras gauche	157	108	72	82
2 mn				
4 mn				
6 mn				
Debout 1 mn	151	61	71	82
Debout 3 mn				

CONCLUSION :

FAF = 66%
 FAF = 70%
 SA = 2
 H 20/90

المعافي
 الدكتور رشيد لاركي
 Dr Rachid LARAKI
 400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 - Casablanca - Maroc
 Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07