

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.



156667

Déclaration de Maladie : N° S19-0001463

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10216 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DAHI RACHID Date de naissance : 18/12/1966
Adresse : 29 RUE ABNI MESKINE DB LOUBILA CASA
Tél : 0613 996404 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zoubir EL GHEZOUANI
Médecin Généraliste
5, Rue 4, 1er Etage Hay Tasschoul
Angle rd Mehdi Ben Barka
Bourgoigne Casablanca
Tél: 0522 29 49 29

Date de consultation : 08/04/2023
Nom et prénom du malade : DANI Rachid Age : 56
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diarrhée + Hémorroïde
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 : 10/04/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
08/04/23	C		200 dh	Dr. Zoubir EL SAZOUANI Médecin Généraliste 5, Rue 4.1 ^{er} Etage Hay Tassahoul Angle rd Mouti Ben Barka Bourgogne Casablanca Tél: 0522 29 49 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/04/23	539,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

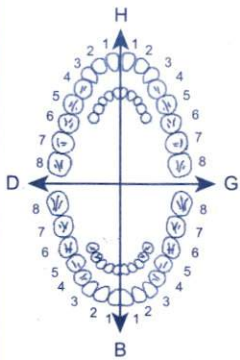
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

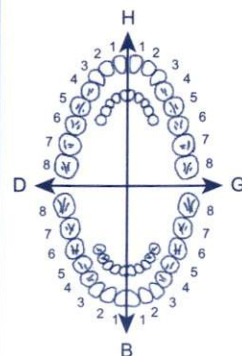
SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		

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	<input type="text"/>
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 Zoubir EL GHEZOUANI

Médecin Généraliste

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme



الدكتور زوبير الغزواني

طبيب عام

Casablanca, 08/04/2023

Mr DAHI Rachid

ZYRDOL 500 mg Cp Bte 20

1 cp x 2 / jour au cours du repas pendant 7 jours

ENTEROGERMINA 4 Milliards/ 5 ml, Suspension

1 ampoule / jour à distance des repas

HEMOFAST, Suppositoire

1 suppo x 2 / jour pendant 10 jours

DAFLON 1000 mg cp Bte 30

1 cp x 3 / jour pendant 4 jours puis 1 cp x 2 / jour pendant

CARBOXANE Cp Bte 30

1 cp x 2 / jour une heure avant le repas

EXTRAMAG Triple Action, Cp

1 cp / jour avant de dormir

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00 EXP 03/2025
LOT 21031 4

ITALY

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.M.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA 2 milliards du Sml

Susp oral b10 5ml

P.P.V. : 60DH00

6 118001 081653

ضد البواسير كاسين

6 تحاميل

14,50

LOT 22031071

EXP 12/2024

PPV 201DH00

201,00

PPC: 139,50DH

Carboxane®
Gélules Flora

Lot : 01100

A consommer de

préférence avant le : 12/2024

Date de fabrication :

A consommer de

préférence avant fin :

N° de lot :

04/2022

04/2025

0222034

PPC = 95,00 DHS

Dr. Zoubir EL GHEZOUANI
Médecin Généraliste
5, Rue 4 Hay Tassahoul Angle Bd Mehdi Benbarka 1er étage Bourgogne Casablanca
Tél: 05 22 29 49 29

5 حي التساهل زنقة 4 زاوية شارع المهدي بنبركة الطابق الأول بوركون الدار البيضاء

5, Rue 4 Hay Tassahoul Angle Bd Mehdi Benbarka 1er étage Bourgogne Casablanca

الهاتف : 05 22 29 49 29