

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

M22- 0042718

157665

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6414 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MOUSSAOUI 17 ABBAW
 Date de naissance : 02/02/1965
 Adresse : Groupe 3° ANGEL RUOS 58/68 N°42 EL OULA
 CDSA
 Tél : 0668589973 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ATMANI SON 49 Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AT2
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : CDSA Le : 17 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28/3/23	5 7 etc		200 + 100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SALAHEDDINE ELMA HASSOUNI 156, Boulevard Oued Sebou Tel : 05 22 50 50 06 - Casablanca	28/3/23	1845,00

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.

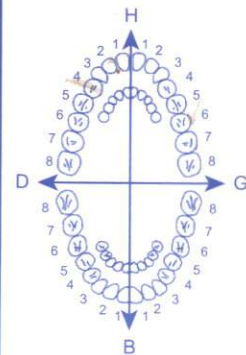
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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

Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale
Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse
Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)
Stérilité du couple - Bordeaux (France)
Echographie - ECG



الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)
دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)
دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل
دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)
العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)
التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 28/08/2023 : الدار البيضاء، في :

Dr A. T. M. S. M. S.

Novo x 30 Flexpen

559,00 x 3

24 - 0 - 12

28.00 x 6

29 Glycopy 1 h

1845,00

39 8theg 1 sel 11

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
756, Boulevard Oued Sebou
Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca

Dr. Chafiq Tahri
Médecine Générale - Diabétologie - Gériatrie
Nutrition - Obésité - Echographie - ECG
379, Bd. Oued Tensift 1^{er} étage - El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 34 27 / Fax: 05 22 93 34 18 / GSM: 06 66 89 87 16



LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 221668
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

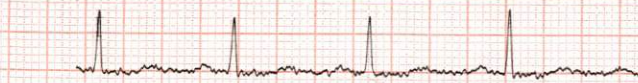
LOT 221668
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 221668
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

LOT 230005
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 221668
EXP 12/2025
PPV 28.00DH

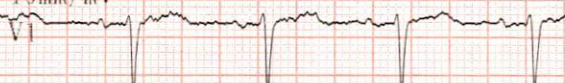
10mm/mV



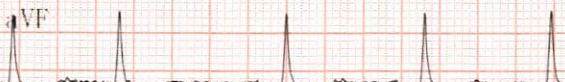
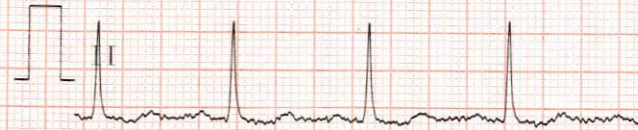
10mm/mV



10mm/mV



10mm/mV



Vitesse: 25mm/s AC: 50Hz

Filtre: H50 d 35Hz

Mode d'impr: Temps réel

Médic Systems

ECG-3010

FVU.1

ATM Am

2007-10-24 09:00

ID auto: 04094

Fréq. Ventricul.: 85 bpm

Intervalle PR: 167 ms

Largeur QRS: 94 ms

Durée QT/QTc: 394/469 ms

Axe R/RS/T: 5/60/16 °

Amplitude RV5/SV1: 1.56/0.93 mV

Amplitude RV5+SV1: 2.49 mV

Rapport non confirmé revu par : _ _ _ _ _