

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- 0017367

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RIMAoui Rabhal
 Date de naissance : 1943
 Adresse : hab. Inette
 Tél. : 05 22 53 24 40 Total des frais engagés : 484 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/05/23
 Nom et prénom du malade : R. M. Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : NTA
 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 : JERUSALEM Le : 10/05/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/05/23	Cg	1	159,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ALABIANI</p> <p>800 H Lot 1A/1B/1C/1D/1E/1F/1G/1H/1I/1J/1K/1L/1M/1N/1O/1P/1Q/1R/1S/1T/1U/1V/1W/1X/1Y/1Z/1AA/1AB/1AC/1AD/1AE/1AF/1AG/1AH/1AI/1AJ/1AK/1AL/1AM/1AN/1AO/1AP/1AQ/1AR/1AS/1AT/1AU/1AV/1AW/1AX/1AY/1AZ/1BA/1BB/1BC/1BD/1BE/1BF/1BG/1BH/1BI/1BJ/1BK/1BL/1BM/1BN/1BO/1BP/1BQ/1BR/1BS/1BT/1BU/1BV/1BW/1BX/1BY/1BZ/1CA/1CB/1CC/1CD/1CE/1CF/1CG/1CH/1CI/1CJ/1CK/1CL/1CM/1CN/1CO/1CP/1CQ/1CR/1CS/1CT/1CU/1CV/1CW/1CX/1CY/1CZ/1DA/1DB/1DC/1DD/1DE/1DF/1DG/1DH/1DI/1DJ/1DK/1DL/1DM/1DN/1DO/1DP/1DQ/1DR/1DS/1DT/1DU/1DV/1DW/1DX/1DY/1DZ/1EA/1EB/1EC/1ED/1EE/1EF/1EG/1EH/1EI/1EJ/1EK/1EL/1EM/1EN/1EO/1EP/1EQ/1ER/1ES/1ET/1EU/1EV/1EW/1EX/1EY/1EZ/1FA/1FB/1FC/1FD/1FE/1FF/1FG/1FH/1FI/1FJ/1FK/1FL/1FM/1FN/1FO/1FP/1FQ/1FR/1FS/1FT/1FU/1FV/1FW/1FX/1FY/1FZ/1GA/1GB/1GC/1GD/1GE/1GF/1GG/1GH/1GI/1GJ/1GK/1GL/1GM/1GN/1GO/1GP/1GQ/1GR/1GS/1GT/1GU/1GV/1GW/1GX/1GY/1GZ/1HA/1HB/1HC/1HD/1HE/1HF/1HG/1HH/1HI/1HJ/1HK/1HL/1HM/1HN/1HO/1HP/1HQ/1HR/1HS/1HT/1HU/1HV/1HW/1HX/1HY/1HZ/1IA/1IB/1IC/1ID/1IE/1IF/1IG/1IH/1II/1IJ/1IK/1IL/1IM/1IN/1IO/1IP/1IQ/1IR/1IS/1IT/1IU/1IV/1IW/1IX/1IY/1IZ/1JA/1JB/1JC/1JD/1JE/1JF/1JG/1JH/1JI/1JJ/1JK/1JL/1JM/1JN/1JO/1JP/1JQ/1JR/1JS/1JT/1JU/1JV/1JW/1JX/1JY/1JZ/1KA/1KB/1KC/1KD/1KE/1KF/1KG/1KH/1KI/1KJ/1KK/1KL/1KM/1KN/1KO/1KP/1KQ/1KR/1KS/1KT/1KU/1KV/1KW/1KX/1KY/1KZ/1LA/1LB/1LC/1LD/1LE/1LF/1LG/1LH/1LI/1LJ/1LK/1LL/1LM/1LN/1LO/1LP/1LQ/1LR/1LS/1LT/1LU/1LV/1LW/1LX/1LY/1LZ/1MA/1MB/1MC/1MD/1ME/1MF/1MG/1MH/1MI/1MJ/1MK/1ML/1MM/1MN/1MO/1MP/1MQ/1MR/1MS/1MT/1MU/1MV/1MW/1MX/1MY/1MZ/1NA/1NB/1NC/1ND/1NE/1NF/1NG/1NH/1NI/1NJ/1NK/1NL/1NM/1NN/1NO/1NP/1NQ/1NR/1NS/1NT/1NU/1NV/1NW/1NX/1NY/1NZ/1OA/1OB/1OC/1OD/1OE/1OF/1OG/1OH/1OI/1OJ/1OK/1OL/1OM/1ON/1OO/1OP/1OQ/1OR/1OS/1OT/1OU/1OV/1OW/1OX/1OY/1OZ/1PA/1PB/1PC/1PD/1PE/1PF/1PG/1PH/1PI/1PJ/1PK/1PL/1PM/1PN/1PO/1PP/1PQ/1PR/1PS/1PT/1PU/1PV/1PW/1PX/1PY/1PZ/1QA/1QB/1QC/1QD/1QE/1QF/1QG/1QH/1QI/1QJ/1QK/1QL/1QM/1QN/1QO/1QP/1QQ/1QR/1QS/1QT/1QU/1QV/1QW/1QX/1QY/1QZ/1RA/1RB/1RC/1RD/1RE/1RF/1RG/1RH/1RI/1RJ/1RK/1RL/1RM/1RN/1RO/1RP/1RQ/1RR/1RS/1RT/1RU/1RV/1RW/1RX/1RY/1RZ/1SA/1SB/1SC/1SD/1SE/1SF/1SG/1SH/1SI/1SJ/1SK/1SL/1SM/1SN/1SO/1SP/1SQ/1SR/1SS/1ST/1SU/1SV/1SW/1SX/1SY/1SZ/1TA/1TB/1TC/1TD/1TE/1TF/1TG/1TH/1TI/1TJ/1TK/1TL/1TM/1TN/1TO/1TP/1TQ/1TR/1TS/1TT/1TU/1TV/1TW/1TX/1TY/1TZ/1UA/1UB/1UC/1UD/1UE/1UF/1UG/1UH/1UI/1UJ/1UK/1UL/1UM/1UN/1UO/1UP/1UQ/1UR/1US/1UT/1UU/1UV/1UW/1UX/1UY/1UZ/1VA/1VB/1VC/1VD/1VE/1VF/1VG/1VH/1VI/1VJ/1VK/1VL/1VM/1VN/1VO/1VP/1VQ/1VR/1VS/1VT/1VU/1VV/1VW/1VX/1VY/1VZ/1WA/1WB/1WC/1WD/1WE/1WF/1WG/1WH/1WI/1WJ/1WK/1WL/1WM/1WN/1WO/1WP/1WQ/1WR/1WS/1WT/1WU/1WV/1WW/1WX/1WY/1WZ/1XA/1XB/1XC/1XD/1XE/1XF/1XG/1XH/1XI/1XJ/1XK/1XL/1XM/1XN/1XO/1XP/1XQ/1XR/1XS/1XT/1XU/1XV/1XW/1XX/1XY/1XZ/1YA/1YB/1YC/1YD/1YE/1YF/1YG/1YH/1YI/1YJ/1YK/1YL/1YM/1YN/1YO/1YP/1YQ/1YR/1YS/1YT/1YU/1YV/1YW/1YX/1YY/1YZ/1ZA/1ZB/1ZC/1ZD/1ZE/1ZF/1ZG/1ZH/1ZI/1ZJ/1ZK/1ZL/1ZM/1ZN/1ZO/1ZP/1ZQ/1ZR/1ZS/1ZT/1ZU/1ZV/1ZW/1ZX/1ZY/1ZZ</p> <p>INPE : 062107792</p>	8/5/2023	334,00

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 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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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

Dr. Narjiss AMEUR

Ex- médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en Échographie générale

E.C.G

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي

ابن رشد - الدار البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب



Date : 08/05/23

Nom : Rimou Zahra

31.30 x 3

del Zylone 200g



صيدلية الأبو زيد
PHARMACIE AL ABAWAIN
800 H Lot. Al Wafaa - Deroua
Tel.: 05 22 51 40 49

65.40 x 3

del Temonebic 50/12.5g



Nyflend

44.80

31 Corbonylone

334,00

2 del affery



DR AMEUR NARJISS
MEDECIN GENERALISTE
540 LOT EL WAFAA DEROUA
Tel: 0522 53 27 53

Prochain Rendez-vous : الموعد المقبل :

540 ، تجزئة الوفاء - الدروة - (قرب مسجد الوفاء)

الهاتف : 05 22 53 27 53 - 540, Lot Wafaa - Deroua

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp peli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp peli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg

cp peli b30
P.P.V : 65,40 DH

6 118001 182350

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

LÔT: 118

EXP: 01-2026

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 48 gélules (24 doses)

PPV 44.80 DH



6 118001 070886