

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-788234

166485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 2714 Société : RAY

Actif Pensionné(e) Autre : TRACHTLOU MOHAMED

Nom & Prénom : 26/06/1965

Date de naissance : 10 lot RIAD AZ ABBAOUI ZEY

Adresse : 02 NELJA 02 FORMIG

Tél. : 661 46 46 68 Total des frais engagés : 1241,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologie

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 : 26/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

D'A-1

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
05/04/23		10	300 DH	<i>H. S. SEBANE</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA PHARMACEUTIQUE CALIFORNIE Dr. FALAH YOUSSEF Lamine Specialist in Addictive Diseases California戒毒专家 87-11-12-Ain Chog 512-512-878000029	5/4/23	941,40

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 canalaire, 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"/>																		
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<hr/>	<hr/>																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحاباني

أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
شاشة العظام

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca le:

05/04/2023

MME MEGZARI HANANE

188x3

- Piascledine 300 mg - gélule
1 Gélule, midi, pendant 3 mois

145x2

- CURCUDOSE
2 GEL PAR JOUR 10J PUIS 1 GEL PAR JOUR 1MOIS

87,40

- Aloxia 15 mg - comprimé sécable
1 Cp par jour au besoin

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules

Distribué par Sôthema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sôthema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PPV : 188,00 DHS
Distribué par Sôthema-Bouskoura

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules, Dr. Ilham Sehbani, Rhumatologue-Nutritionniste.

ssakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

شارع حيفا ، إقامة السكن الأثنيق (تجزئة الصفا)، عماره 404، الطابق الأول،

Wathssap:07 67 16 43 83-E-mail:cabinetsehbani@gmail.com

A base de plantes naturelles

CURCUDOSE
LOT : CA22N
DUO : 04/2025
PPC : 145,00 DH
PROMOPHYDIS



87,40

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH Youssef
0 Picto Taddart Rés Lina
Jnane California, Ain Chok
Tél: 05 22 87 11 12 - Casa
ICE: 001512678000029

A base de plantes naturelles

CURCUDOSE

LOT : CA222N

DLUO : 04/2025

PPC : 145.00 DH

PROMOPHYDIS