

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-784728

129461

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGRAOU RACHID

Date de naissance : 29-06-1961

Adresse : IM128 APT 5 WAF3 OULFA-CASA

Tél. : 060017246 Total des frais engagés : 557,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salah Eddine MAAROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. La Liberté - Casablanca
Tél. 05 22 38 91 54 - 05 22 54 29

Date de consultation : 16/10/2023

Nom et prénom du malade : REGRAOU RACHID Age :

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

Nature de la maladie : RHUMATISME

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 : 17/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

448

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
16/10/2003	6		30000	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. Salah Eddine MAATOU 124, Bd. La Liberté - Casablanca Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL WILAY 252 BL OUED SERRA CASA - Tél 05 22 91 17 31 INPE 092030949	16/10	257,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
					MONTANTS DES SOINS []															
					DEBUT D'EXECUTION []															
					FIN D'EXECUTION []															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553																		
				MONTANTS DES SOINS []																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []																
				DATE DE L'EXECUTION []																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Salah Eddine Maâroufi

CES de RHUMATOLOGIE

Médecine Manuelle et Osteopathie

Echographie, Osteoarticulaire

Rhumatisme, Maladies des os,

des Articulations, de la colonne vertébrale

des muscles et des pieds

Diplômé de la faculté de

Medecine de Marseille

Ex. Attaché au C.H.U de Montpellier

الدكتور صلاح الدين المعروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونبولي

إختصاصي في أمراض العظام، المفاصل

العمود الفقري، العضلات و الأرجل

علاج العمود الفقري و المفاصل

بالتطبيب اليدوي

الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Aln sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp

P.P.V : 48,70 DH



Casablanca, le:.....

16/01/2023

صيدلية حي الونام

PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASA - Tél 05 22 91 17 31
INPE 092030949

Reprazgni Reclin

① Polupred 20
48,70 2 cp, x 5 j
Eus Arrch

② Solo stop 1/2 et simple
1 - 1 - 1 -

③ non accepté
1 Appel x 3/

198,00

257,30

124, شارع الحرية - الدار البيضاء - الهاتف : 0808 53 09 58 - 0522 30 91 54

124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522 30 91 54 - 0808 53 09 58

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 3757
PER : 04 - 26
P.P.V : 10 DH 60

8
Comprimés
général

PHARMA 5

GEL ANTI-DOULEUR

**PLUS RAPIDE
EFFICACE**

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT

PVC: 198.00DH



C237
2025-09

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV.: 2021/11/D