

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.

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

M22- 0022756

184922

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RATI
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DARKAOVI Saïda
 Date de naissance : 20/04/1966 à Casa
 Adresse : Haj Fath 5 N° 29 Casa
 Tél. : 0707773098 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 26/08/2023
 Nom et prénom du malade : Darkaoui Saïda Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + diabète
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
46/08			200,50	
2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/09/23

970,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

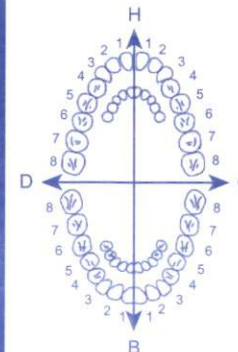
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
B		

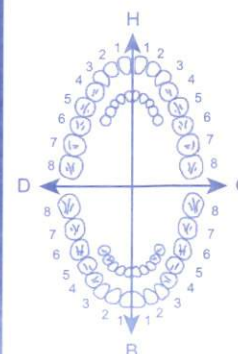
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيينة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

Casablanca, le :

26/09/2023

142,70

Mme Soukasseni Saïdi

34.60 x 2 = 69.20

1) Carlex 4mg



16/17 x 0.3mg

72.40

2) Adancor 10

14/15 x 1mg

142.70 x 2 = 285.40

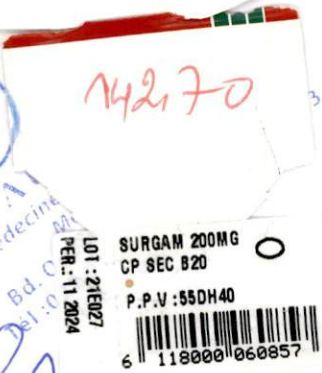
3) Coveryl 1mg



14/15 x 0.3mg

99.14 4) Acto V 18

17 x 21 x 0.8g



5) $21,80 \times 2 = 43,60$
Aspic 100

S.V

1st / 1st mid app 43mg

50mg $\times 2 = 100,20$

6) Tangamil 100g

S.V

1gr $\times 24 \times 4 = 192$

7) 2bats de l'encas

S.V

186g $\times 2 = 372$

~~Pharmacie Alkima~~
~~Medecine Generale Echographie~~
~~Medecin de troisieme~~
~~Bd Oued Sebou, n° 174 n° 65~~
~~Tel: 022 91 12 77 / INP: 091011973~~
~~ICE: 0021034500043~~

370,20

PHARMACIE ANISSA
022-104 20117
Casa Blanca
Tel: 05 22 89 31 94

LOT: 23E001
PER: 10/2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

LOT: 20E010
PER: 11/2021
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V: 21DH80
6 118000 061113

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 500mg cp b30
P.P.V: 50,10 DH
6 118001 183340

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 500mg cp b30
P.P.V: 50,10 DH
6 118001 183340

**** PHARMACIE ANISSA ****
DR MAHMOUD FARKHOJJAT
312.I.LOTISSEMENT ZEUBIR
CASABLANCA

Tél :

26/10/2023

Mme DARKAOUI SAIDA

FACTURE N° : 71470

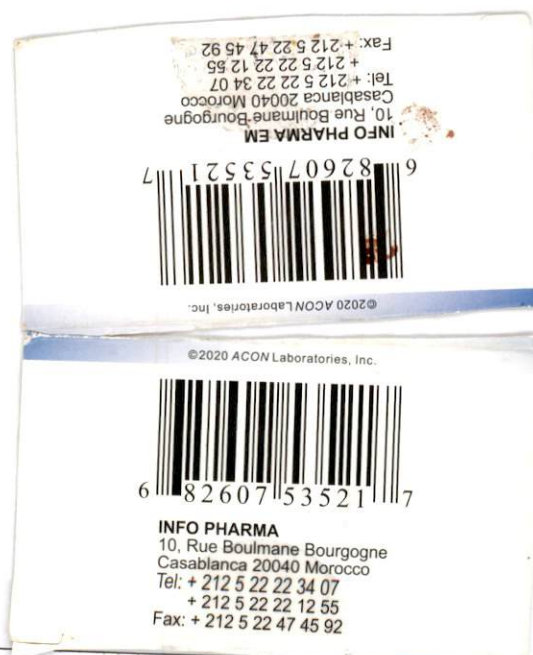
du 26/10/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ON CALL PLUS BANDLET/50	150,00	300,00	0%

Total TTC	300,00
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	300,00	0,00	300,00
		300,00	0,00	300,00



CNSS : 6068747
Compte :

I.C.E : 000489860000021
Patente : 32971190

INPE:092010321
R.C : 278286

I.F : 50805205
RIB :