

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0015666

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 006327 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HADDANE RAHIM Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lamiaa TORABI
Omnipraticienne
Jnane Louze Rue 13 Gh 2 Etg 2
Casablanca

Date de consultation : 01 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : Mme Baida Khadda Age :

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

Nature de la maladie : Arthralgie

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 : 18 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
01/11/2023	C1		150 dh	 Dr. Lamia El Ghazali Omm el Doukkali 10ème Rue 13 Ghazali Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED Lot 1 Zone 8 Oulad AZOUZ Casablanca - Tél: 05 22 07 35 05 INPE: 09 21 03 811	01/11/23 20-23	954,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

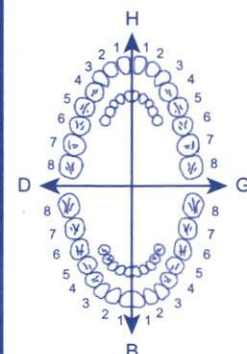
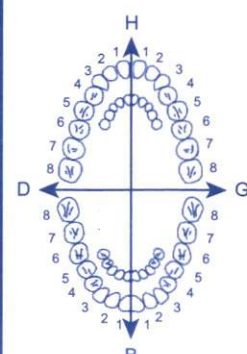
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Lamiaa TORABI الدكتورة لمياء الترابي

Lauréate de la faculté de
Médecine de Casablanca
Echographie Générale
Diabétologie
Gynécologie médicale
Médecine esthétique
cupping therapie
certificat permis de conduire



خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
الفحص بصدى
تتبع السكري
تتبع الحمل
الطب التجميلي
الحجامة الطبية
الفحص الطبي لرخصة السياقة

Casablanca.le. 07/12/2023

Mme Baïda Khadda

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot 1 Unité 6 Citad AZOUZ
Casablanca - Tel: 05 22 65 95 00

94.00 Mideflex cp.
1 cp x 3/j

39.00 Hefsal 15 g cp
1 cp au déjeuner

52.80 Avler 20 mg gel
1 gel à l'heure du

149.50 Curarti gel
1 appl

199.00 + 50.00 = 249.00
597.00 Chondrosan gel
1 gel / j 3 fois

39.00



AMM N° : 569/17 DMP/21/NRD

LOT: 22192
PER: 05/2025
PPV: 52,80 DH

PPC: 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

curarti[®] forte

325086
06/2025

jnane louze rue 13 GH2 Etg2 app.2. OULFA Casablanca

Tel:05 22 69 53 00 Whatsapp:06 90 57 45 98 email: tourabilamiaa@hotmail.com

92100 udol up

14x 2/;





951.30

PHARMACIE MOULAY AHMED
Lot 1 Unile & Chantal AZOUZ
Casablanca - Tel: 05 22 55 95 75

~~Dr. Lamia TORABI~~
~~Oni praticienne~~
~~Jnane Louze Rue 13 Gh 2 Etage~~
~~Casablanca~~

GTIN: 06118001260850
LOT: 4054
MFG: 10 2022
EXP: 10 2025
PPV: 48hs00



Lot de	A commander	Lot de	A commander	Lot de	A commander	REF.	
CD071	0526	CD071	0526	CD067	1125	584MA	
LOT	PER	LOT	PER	LOT	PER		
Prix	199.00	Prix	199.00	Prix	199.00	1/2025	

3 700221 322994