

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - 8ème 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

W21-838318

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12575 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROUZAQUI OTHMANE
Date de naissance : 13/10/1985
Adresse : Residence Libes Park, villa 159, Lekhedana, Zehel Bouskane
Tél : 0661718664 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 23/01/2024
Nom et prénom du malade : ROUZAQUI OTHMANE Age : 38 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION
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 : Casablanca Le : 27/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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
23/01/24	CS	CS	2000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NPE: 062107248 	23/01/24	501,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

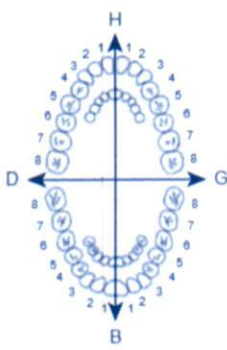
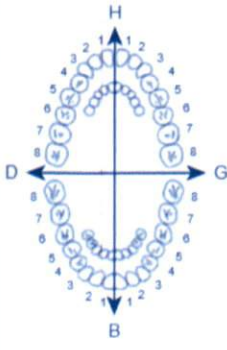
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	Montant des Honoraires				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEN MALEK WAFÂ

ORL et
ricofaciale

hôpital ben m'sik
l'hôpital baouafi

N° du Lot

221006

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

الدكتورة وفاء بن مالك

إختصاصية في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة
جراحة الوجه والعنق

رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بن مسيك
رئيس مصلحة سابقا بمستشفى بوافي

Casablanca Le : 23/1/2024

Rouzaqui Ahmed

73,40

Erlus

1 cp le soir x 1 mois

93,50

otasan nasal spray

1 pulvérisation 3 fois x 10 j

87,30 x 2

Monozedon

1 cp 1 j x 10 j

119,10

Risonel

2 pulvérisations

1 seule fois x 1 mois

40,90

Anapred 20

4 cp 1 j la seule

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Erlus® 5 mg

28 Comprimés Pelliculés



6 118000 180876

PPV

LOT

PER

Anapred 20 mg

30 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410027

وسط بوسكورة، أمام مقر الدرك، عمارة الراشدي الطابق الأول رقم 2، بوسكورة - الدار البيضاء

Centre Bouskoura en Face Gendarmerie, Imm. Rachidi Etage N° 2

Tél : 05 22 78 25 20 - Gsm : 06 29 64 95 04 - G-mail : orl.bouskoura@gmail.com



0°C

35°C



LOT

1628

Exp



8 016887 000110

SN143

2026/02

MONOZÉCLAR® 500mg
Boîte de 5 COM PEL
P.P.V. : 87,30 DH



6 118001 183821

Maphar
Km 10, route côtière 111
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca
Maroc

MONOZÉCLAR® 500mg
Boîte de 5 COM PEL
P.P.V. : 87,30 DH



6 118001 183821

Maphar
Km 10, route côtière 111
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca
Maroc

LOT: M1077
PER: 06/2025
PPV: 57,10DH