

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6H97 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KARSOUS said

Date de naissance :

03/02/1961

Adresse :

Tissin 2 Rue N° 29 Beneddjd

Tél. : 0668081309 Total des frais engagés :

131,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR JAUDDAUI MED AMINE
AÉUFCH GÉNÉRALSTE URGENTIS
18 RUE EL MADINA BERRECHI
TEL : 05 22 32 44 88
INPE : 061181970

Date de consultation : 06/02/2014

Nom et prénom du malade : KARSOUS said Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite

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 : Beneddjd

Le : 06/02/2014

Signature de l'adhérent(e) :





RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
06/02/24	CA	1	150,00	<i>DR JABDAI MAMADOU SENE RUE EL MADINA BAGNOLIS INPL : 0611812232</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL AFAA 135 Rue Nia Abou Mad BERRECHID Tél: 05 22 364 01	06.02.24	281,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JADDAOUI Med Amine



Diplômé de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP

الدكتور جداراوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد
طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le : 06/02/24 برشيد، في :

KARSOUS said

1) Ecoclav 1g sachet



1-0-1 dnt 068

2) Nodol fes 400



1-1-1

3) scort 20mg eff



2-0-0

4) Polijune 1000g eff



5) sin - 1 - 1



6) Vitamine C 1000g eff



1 - 1 - 0



7) Oloxiine 200 g



8) 281,50 1-0-1 dnt 05 زنة المدينة - برشيد



88, Rue Elmadina - Berrechid Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62

JADDAOUI M. A. AMINE
CENTRALISTE URGENTISTE
05 22 32 44 88
06 11 18 19 88

ECOCLAV® 1g/125 mg
Amoxicilline/Acide clavulanique
12 sachets

PROMOPHARM s.a.



6 118000 242260

Lot N° :
PPV :

23032
03/26
87DH90

LOT : 23E004
PER : 04/2026

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30

P.P.V : 30DH00



6 118000 061878

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 340312

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

S-CORT® 20 mg
Prednisolone
20 Comprimés effervescents sécables



6 118000 340270

OLOXINE® 200mg

20 comprimés



6 118000 050957

LOT : 075
PER : JAN 2026
PPV : 99 DH

LOT N°:

UT. AV:

PPV (D):

34,20

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol
8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

P P V 1 4 D H 6 C
P P R E T 1 0 / 2 6
L O T M 3 3 5 6

Tel: 05 22 33 64 01
135 Rue de la Souche
BERRECHID

Pharmacie ALAI

