

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0036180

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0621 Société : Rsm 203003

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOURKIA ABDELGHANI

Date de naissance : 08/04/1960

Adresse : 07. Lot ELWATAN

Tél. : 066133089 Total des frais engagés : 0127,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ARAFA Sakina
Médecine Générale Echographie
Médecin de travail
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65
Tél : 02 91 12 77 / INP : 091011973
CE : 00210345000043

Date de consultation : 11/03/2024

Nom et prénom du malade : BOURKIA ABDELGHANI

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 23/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
11/03/24		1	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-3-24	1667,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

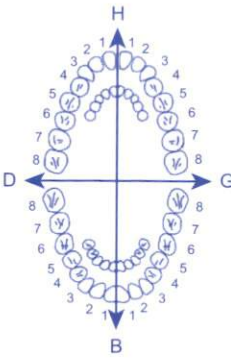
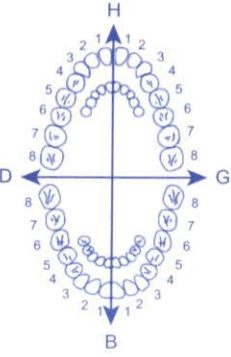
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/03/24					240,00

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'ODI.

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

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 سكيانة

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 : 11.03.2024 : الدار البيضاء، في :

BouRKia. RACHIDA née Zitouni

02x120,00 Daudelottes.

249,00 / On-call - plus

XOZime

Dr. ARAFA Sakina
Médecine Générale Echographie
Médecin de Travail
Bd. Oued Sebou - Rue 174 n°65
Tél: 05 22 91 12 77 - INP: 091011973
ICE: 00210345000043

RAMI PARA
M.ariatat El Madina 1 N° 98
Deroua
05 22 91 12 77

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

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 11/03/2024 : الدار البيضاء، في:

Mme Boulekha. Harbiche nee Zitiou

1) Galvus jet 60/1000

1 cp x 21 (Mat) 1 cp x 21 (Soy) 1 cp x 21 (Soy)
(Roumadone 1 cp au 1er).

2) Abo 1000
1 cp x 21 (Midu) 1 cp x 21 (Soy)
(Roumadone 1 cp au 1er).

3) Inibitors de l'lipase x 1000
1 cp x 21 (Midu) 1 cp x 21 (Soy)

شارع واد سبو - زنقة 174 - رقم 65 - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 91 12 77 - المحمول : 06 61 31 09 83
Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N° : 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél : 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83
E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000043

4) Kalmag

PH: 021034500043
244 lotissement el wafaa
Deroua
Fix: 022 53.20.54

5) Saftex
02/10/21

8 aptx/17
Ex sur

6) Saftex
15/10/21

1667,80

DIAPYPA
Medicine Generale Echographie
Medicine de travail
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65
222 91 12 77/INP: 091011973
ICE: 00210345000043

©2020 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA
10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

Pharmaceutical Institute
P.S. 203 OUM A22A Region Fes
LOT : 114
PER : SEP 2025
P.V. : 95 DH 90

GR111 052
LOT
PER
Prix
102-00

LOT : 1715
PER : 01-27
P.P.V. : 17 DH 50

LOT: GB30074
PER: 11/2024
PPV: 185 DH 00



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

LOT : 1715
PER : 01-27
P.P.V. : 17 DH 50



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

RAMI PARA

LE 11/03/2024

FACTURE 005/24

Client

Mme. BOURKIA RACHIDA

Désignation	Qté	PU	P.TOTAL HT
Bandelette on-cann-plus	2	120,00	240,00
Prix total HT			240,00
TVA 0%			0,00
TOTAL TTC			240,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent quarante dirhames et 00 CTS TTC

RAMI PARA
riat El Madina 1 N° 98
Deroua
Tél: 06 82 97 11 29

ICE : 001923218000027 TP : 55823044

Siège sociale : 71 LOT CHABAB MAQDISSI DEROUA EL GARA DEROUA / Activité :
COMMERCE DE DETAIL DE PARFUMERIE ET DE PRODUIT DE BEAUTE - Forme juridique : -
CIN : 1336313