

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- 0009428

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6076 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DHissi Salah Eldine
Date de naissance : 15/01/56
Adresse : 267 Lot. NAWRAS, DAR Bouazza
Tél. : 0661 18 34 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/04/2019
Nom et prénom du malade : Mme GUENDOULI ANINA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE
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

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

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
25/04/2023		C	500 DA	

Dr. Asmaa YACOUBI
RHUMATOLOGUE
 MEDECINE FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE
 MICRONUTRITION - MEDICINE DU SPORT
 Angle Bd. Sijelmassi (Boulevard du Phare) et Av. de Nice.
 Résidence Normandie 2, 2^{ème} étage, N° Casablanca
 Tél. : 05 22 36 36 80 GSM : 06 82 37 80 50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/4/23	≠ 3203,80 ≠

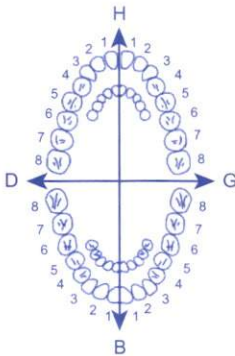
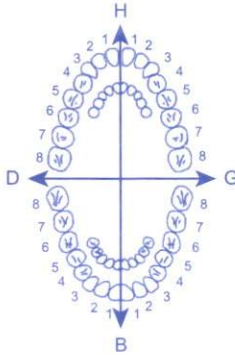
[illegible][illegible]

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										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE
العظام و المفاصل



RHUMATOLOGIE
عيادة أمراض

MALADIES DES OS ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION
RHUMATOLOGIE · NATUROPATHIE · MÉSOThÉRAPIE

Dr. Asmaa YACOUBI HESSISSEN
الدكتورة أسماء يعقوبي الحسيسن

Casablanca, le : 25 AVR. 2023

GUENDOUZI ARUNA

51.10 x 6 / 30660
① PLAQUENIL 200

1 cp 2 25 par 03 jours

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E00 LOT : 21E00ZV
PER: 08 20 PER: 04 2024
6 118001 082070

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E00 LOT : 21E00ZV
PER: 08 20 PER: 04 2024
6 118001 082070

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E00 LOT : 21E00ZV
PER: 04 2024 PER: 08 2024
6 118001 082070

176.90 x 6 / 106140
② HONARE FORTE

1 gel 2 25 au milieu
des repas 2 03 jours

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

XXX819
EXP: 11/25
176,90 DH

XXX819
EXP: 11/25
176,90 DH

XXX819
EXP: 11/25
176,90 DH

XXX819
EXP: 11/25
176,90 DH

XXX819
EXP: 11/25
176,90 DH

60 x 3 / 14880
③ D-CURE FORTE

1 cp

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP: 06 2025
PPV: 940hs00
6 118001 260850

GTIN: 06118001260850
LOT: 4019
MFG: 07 2022
EXP: 07 2025
PPV: 940hs00
6 118001 260850

GTIN: 06118001260850
LOT: 4019
MFG: 07 2022
EXP: 07 2025
PPV: 940hs00
6 118001 260850

41.0 x 4 / 37600
④ Nydo flex 150

1 cp 2 25 par 1 jour
1 cp le soir 2 jours

GTIN: 0580921008114
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP: 06 2025
PPV: 940hs00
6 118001 260850

MYDOFLEX® 150 mg
Tolipirone HCl
30 Comprimés pelliculés
6 118001 260850

GTIN: 06118001260850
LOT: 4018
MFG: 06 2022
EXP: 06 2025
PPV: 940hs00
6 118001 260850

PHARMACIE LES JARDINS
L'OCEAN BAY SRI AU
Route d'Azemmour Km 15
Dar Bouazza - Casablanca
Tél: 05 22 29 08 29
399369 - T.p: 32960411

13.40 x 5 = 67.00
 (5) Colchicine

1cp le soir 03 fois

201.00 x 5 = 1005.00
 115.50 x 2 = 231.00

(6) Daflon 1000

1cp 2x25

par 03 fois

Colchicine 1mg
 20 comprimés sécables
 13.40

Colchicine 1mg
 20 comprimés sécables
 13.40

Colchicine 1mg
 20 comprimés sécables
 13.40

Colchicine 1mg
 20 comprimés sécables
 13.40

Colchicine 1mg
 20 comprimés sécables
 13.40

daflon 1000 mg
 15 comprimés pelliculés
 119.00

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 201.00

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 291.00

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 201.00

Dr. Asmaa YACUBI
 RHUMATOLOGUE
 MÉDECINE FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE
 MICRONUTRITION - MÉDECINE DU SPORT
 Angle Bd. Sijelmessi (bd du Rhers) et Av. de Nice.
 Résidence Normandie 2, 2ème étage, N8 Casablanca
 Tél.: 05 22 36 36 86 - GSM: 06 62 37 80 50

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 201.00

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 119.00

daflon 1000 mg
 30 comprimés pelliculés
 201.00

T = 3203.80

PHARMACIE LES JARDINS
 DE L'OCEAN BAY Sari Au
 Route d'Avemmour Km 15
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél: 05 22 29 08 29
 RC: 790260 - P: 32960411

PHARMACIE LES JARDINS
 DE L'OCEAN BAY Sari Au
 Route d'Avemmour Km 15
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél: 05 22 29 08 29
 RC: 790260 - P: 32960411

PHARMACIE LES JARDINS
 DE L'OCEAN BAY Sari Au
 Route d'Avemmour Km 15
 Dar Bouazza - Casablanca
 Tél: 05 22 29 08 29
 RC: 790260 - P: 32960411