

## 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

M22- 0037813

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09482

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAILACTI KHAUD

Date de naissance : 12/09/1965

Adresse : CASABLANCA

Tél : 0661106057

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AJAAROUR Abdessamad  
Médecin généraliste

Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : BENSAMAR Soumia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Ballonnement abdominal

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 : 18/01/2023

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                                                                        |
| 02/01/2023                     | V                 |                       | 150,00                          | <br>Dr. A. ARROUR Abdessamad<br>Médecin généraliste |
| 03/02/2023                     | V                 |                       | Gratuit                         |                                                                                                                                       |

Dr. H. ARROUR Abdessamad  
Médecin généraliste

~~Dr. AJAARROUR Abdessamad~~  
~~Médecin généraliste~~

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            | Médecin généraliste   |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 02.01.2023 | 100,50                |
|                                                                                  | 03.02.2023 | 184,20                |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| Cachet du Pharmacien  | Date       |
| Cachet du Fournisseur | 02.01.2020 |
|                       | 03.02.2020 |

[illegible]

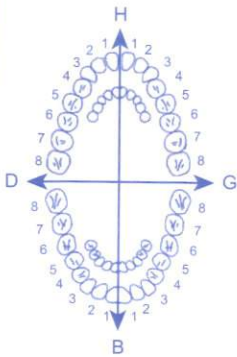
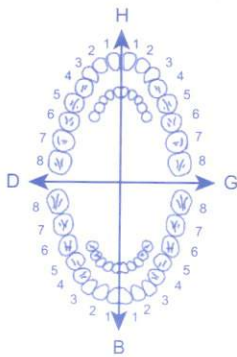
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>Soins | Coefficient                              |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | Montants des Soins <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | Début d'exécution <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          | Fin d'exécution <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |             |                            |
|                              | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           00000000<br/>           11433553         </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2750

Le: 22/01/2023

Mme. BENSIAMAR Soumia

43,00

1) Purcarb

1 gel x 3/j pdt 10j



27,50

2) Spasfon

2 gel x 3/j pdt 3j



100,50

plus 1 gel x 3/j

صيدلية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél: 05 22 81 17 67

Dr. AJAARROUR Abdessamad  
Médecin généraliste

Le : 03/02/2023

Mme. BENSIAMAR Samia

1) Tardyferon 80mg  
1 cp x 2/j ptt 3 min

2) Vitamine D3 BON  
1 ampoule à renouveler à T15  
et T45

18h20



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40.50 DH



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40.50 DH

صيدلية الياسمين  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme. LAMRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - CASA  
Tél : 05 22 81 17 67

Dr. AJAARROUR Abdessamad  
Médecin généraliste



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40.50 DH



BATCH MAN 0122

HP424 EXP 1225

**Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml**

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

**ZENITH Pharma**

**AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR**



**PPV: 20,90 DH**

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE





BATCH MAN 0122

HP424 EXP 1225

**Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup> 200 000 UI/1 ml**

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

**ZENITH Pharma**

**AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR**



**PPV: 20,90 DH**

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



BATCH MAN 0122

HP424 EXP 1225

**Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup> 200 000 UI/1 ml**

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

**ZENITH Pharma**

**AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR**



**PPV: 20,90 DH**

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE