

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.

Diagnostique 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

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



AMAL
44 241

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011755

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AMELIAH JILALI Date de naissance : 1/1/64
 Adresse : 239 Lt Layoun
 Tél. : 661 33 98 00 Total des frais engagés : 1561,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/9/2020
 Nom et prénom du malade : DRIDOU SAIDA Age : 50 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint(e) Enfant
 Nature de la maladie : Piel crevante + lésions
 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 : 17/9/2020
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/09/20	461,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

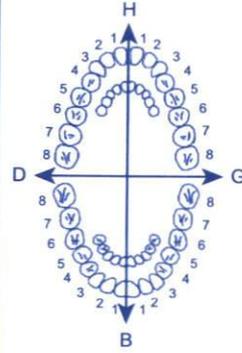
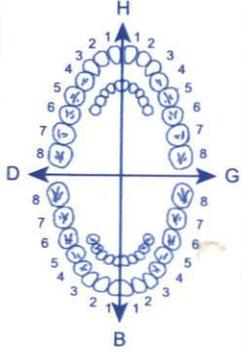
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/09/20					800,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 COEFFICIENT 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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
		H										
		25533412	21433552									
		00000000	00000000									
		B										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
D		G										
00000000		00000000										
35533411		11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Professeur M. DKHISSI

- . Chirurgie Traumatologique
- . Orthopédie et Réparatrice
- . Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- . Chirurgie Prothétique
- . Arthroscopie



الدكتور محمد دخيبي
جراحة العظام و المفاصل

Casablanca le : 10/09/2020

Dr ANELAH Jaida
Préd Centre Interde
Semelle orthopédique

(Handwritten signature)

MEDIORCA
27 Lotissement haj fateh
Boulevard H 44 - Casablanca
Tél : 05 22 930 685

DOLICOX[®] 90 mg

Etoricoxib

PPV : 169DH00
PER : 12/22
LOT : 12852-2

14 Comprimés pelliculés

bottu /A

b

voie orale

14 Comprimés
pelliculés

90 mg

DOLICOX[®]

Etoricoxib

62, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacie Responsable

AstraZeneca

||6 0111||6 01

إينكسيوم 40

40

||6 0111||6 01



INexium®
ésoméprazole

40 mg

40 مغ

إينكسيوم®

إزوميرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V:123,60 DH



14

comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14

قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

AstraZeneca



DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés

DULASTAN

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés



دولاستان® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00



دولاستان® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

قرصا

37,00

SAIDA AMELLAH

FACTURE : 325/20

Date : 12/09/2020

Code	Désignation	Qté	P.U. H.T	TOTAL H.T
SO	SEMELLES ORTHOPEDIQUES	1	800,00	800,00
			TOTAL HT	800,00

MEDIORCA
27 Lotissement haj fateh
Boulevard H 44 - Casablanca
Tél : 05 22 930 685

VENTE EN EXONERATION DE LA T.V.A ARTICLE 91-VI-2 DU CODE GENERAL DES IMPOTS

70%

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
HUIT CENT DIRHAMS