

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-762676

136889

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3015

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

AMARA EL YABOURI

Date de naissance :

28/05/1957

Adresse :

121 1st Street Pampis Marina

Tél. :

06 62 03 83 09

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/10/22

Nom et prénom du malade :

AMARA EL YABOURI

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 :

24/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-762676

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
21/10/22	600DN			INP 101105310

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Cités	21/10/22	861,55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

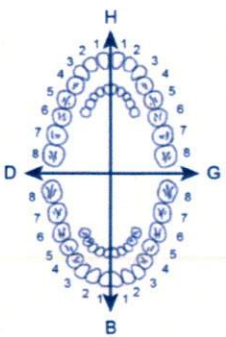
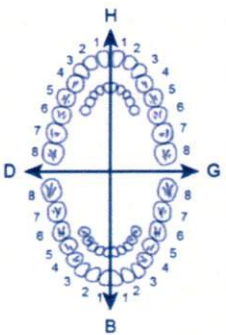
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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			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"/>												
	<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>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdellatif Janane

البروفيسور عبد اللطيف جنان

Ex colonel médecin à L hôpital militaire Rabat .

Professeur à la faculté de médecine Rabat.

Chirurgien Urologue- Andrologue. (Reins, Vessie, prostate, testicule, penis, impuissance sexuelle, Stérilité du couple, circoncision).

Diplômé des hôpitaux de France



كولونيل طبيب سابق بالمستشفى العسكري الرباط

أستاذ كلية الطب بالرباط

أخصائي طب الكلي وجراحة الكلي والمسالك البولية والجهاز التناسلي والامراض الجنسية (الكلي، التبوله الماثنة، البروستات، القضيب الذكر، الخصية، العقم، الضعف الجنسي، الخثانة) ديبلوم مستشفيات فرنسا.

241212

Professeur Abdellatif Janane
Chirurgien Urologue Andrologue
INPE 101 10310

AmARA

ELYABER

ECity. pelu. sch.

2 - 1911 = 1911

أحسان
Ah.

9714

Professeur Abdellatif Janane
Chirurgien Urologue Andrologue
INPE 101 10310

3730 f

إقامة النخيل، شقة 1، الطابق 1، ملتقى شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس. تمارة المركز. الهاتف : 0537641436.

الهاتف النقال : 0661219321. الايميل : janane.uro@gmail.com

Résidence Anakhil , Appartement A1, 1er étage . Croisement Avenue Hassan II et Av Mohamed VI.

Téléphone fixe: 0537641436. Mobile : 0661219321. E-mail : janane.uro@gmail.com

Professeur Abdellatif Janane

البروفسور عبد اللطيف جنان

Ex colonel médecin à L hôpital militaire Rabat .

Professeur à la faculté de médecine Rabat.



كولونيل طبيب سابق بالمستشفى العسكري الرباط

أستاذ كلية الطب بالرباط

Chirurgien Urologue- Andrologue. (Reins, Vessie,

prostate, testicule, penis, impuissance sexuelle, Stérilité

du couple, circoncision).

Diplômé des hôpitaux de France

أخصائي طب الكلي وجراحة الكلي والمسالك البولية والجهاز

التناسلي والأمراض الجنسية (الكلي، التبوله المثانة، البروستات،

القضيب الذكور، الخصية، العقم، الضعف الجنسي، الخثانة)

ديبلوم مستشفيات فرنسا.

Amara Boel le 24/12/2012
Actune 200 DH
INPE 101105310
Professeur Abdellatif Janane
Reel. Chirurgien Urologue- Andrologue
Appart. 1, 1er Etage, Av Hassan II

300 DH

300 DH

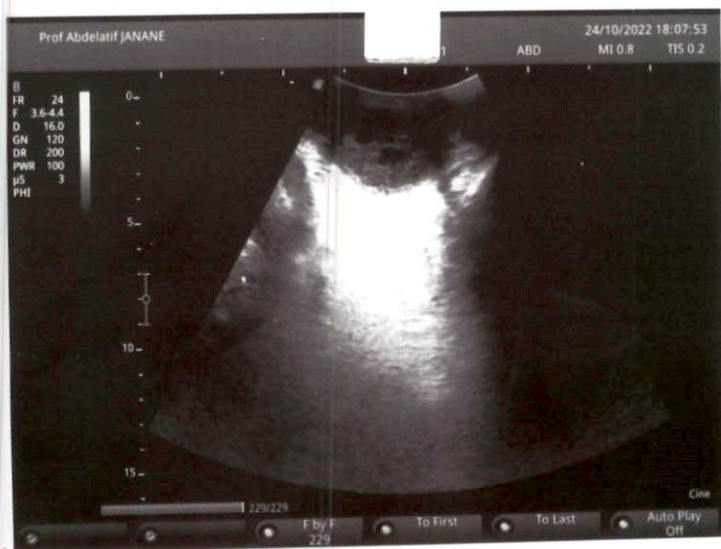
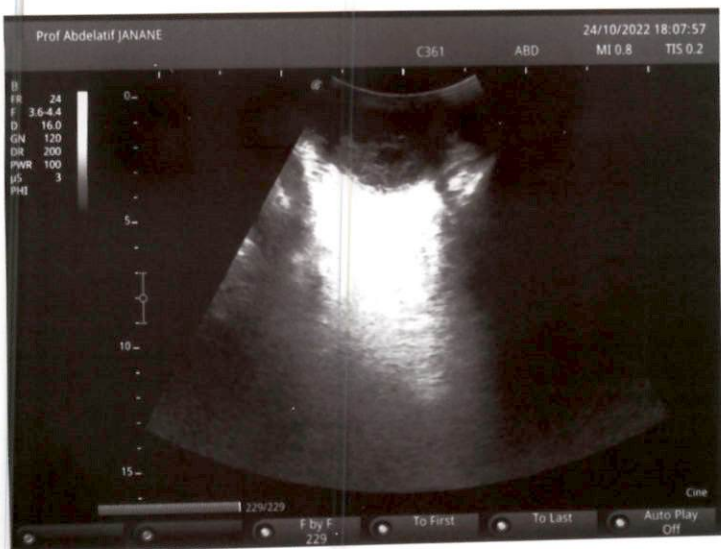
INPE 101105310
Professeur Abdellatif Janane
Reel. Chirurgien Urologue- Andrologue
Appart. 1, 1er Etage, Av Hassan II

إقامة النخيل. شقة 1. الطابق 1. ملتقى شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس. تمارة المركز. الهاتف : 0537641436.

الهاتف النقال : 0661219321. الإيميل : janane.uro@gmail.com

Résidence Anakhil , Appartement A1, 1er étage . Croisement Avenue Hassan II et Av Mohamed VI.

Téléphone fixe: 0537641436. Mobile : 0661219321. E-mail : janane.uro@gmail.com



Professeur Abd

البروفسور عبد اللطيف جنان

Ex colonel médecin à

Professeur à la facu

Chirurgien Urologue- Androlog

prostate, testicule, penis, impuissance sexuelle, stérilité

du couple, circoncision).

Diplômé des hôpitaux de France

كولونيل طبيب سابق بالمستشفى العسكري الرباط

أستاذ كلية الطب بالرباط

أخصائي طب الكلى وجراحة الكلى والمسالك البولية والجهاز

التناسلي والأمراض الجنسية (الكلى، التبول المثانة، البروستات،

الخصانة)



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1,
Tavanic 500mg, CP pel b7
P.V. : 205,00 DH
118001 080830

SE

A base de plantes naturelles

CURCUDOSE

LOT : CA222A

DLUO : 04/2025

PPC : 95,00 DH

PROMOPHYDIS

Curcud

Meiact

AFongid

T A r a n i c

Bionylax

T: 861.50

إقامة النخيل، شقة 1، الطابق 1، ملتقى شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس. تمارة المركز. الهاتف : 0537641436.

الهاتف النقال : 0661219321. الإيميل : janane.uro@gmail.com

Résidence Anakhil , Appartement A1, 1er étage . Croisement Avenue Hassan II et Av Mohamed VI.

Téléphone fixe: 0537641436. Mobile : 0661219321. E-mail : janane.uro@gmail.com

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



جلس
150 ملغ

LOT: M0743
PER: 03/2024
PPV: 92,50 DH

مختبرات د
ج واجدي ص
167

AMM N° 250DMP/21/NN

N° Lot 1CN1149
Fab. 10/2021
Per. 10/2023

P P V.224.0 MAD