

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- 0023314 145814

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8134 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ARIB HICIM
 Date de naissance : 03/02/69
 Adresse : RES KENZI, 11 RUE LA VOISIERE MPT 7 RT43
 QU HOPITAL, CASA.
 Tél. : 06 64 72 47 01 Total des frais engagés : 3806,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/10/2022
 Nom et prénom du malade : ARIB HICIM Age : 53
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète
 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 : Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 25/10/2022

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
24/10/2022			3000	
31/10/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31-10-2022	3458,60
	25-10-2022	43,40

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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. BENCHEQROUN Nadia

Spécialiste en Endocrinologie
et diabète - Obésité - Nutrition
Goitre - Hormones - Cholesterol

الدركتور نادية بنشقرن
إختصاصية في أمراض الغدد
وداء السكري - السمنة - التغذية
الاضطرابات الهرمونية - الكولسترول

Casablanca, le : 24/04/2022

DR. BENCHEQROUN



47,40

Glucovance 5/5mg

up sur prescription

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mlle. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 72 51 7 57

DR. BENCHEQROUN N.
SPÉCIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE ET DIABÈTE

Glucovance® 500 mg/5 mg

comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés

Glucovance 500 mg/5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance® 500 mg/5 mg
comprimé pelliculé

57 شارع
00.93

LOT 210827
EXP 01/2024
PPV 52.80DH

Goitre - Hormones - Cholesterol

الدراسة ناولية بنشقروث
إختصاصية في أمراض الغدد
دواء السكري - السمنة - التغذية
الاضطرابات الهرمونية - الكوليسترول

Casablanca, le :

31/12/2022

DRIB HIZHAN

223,00
+ 7

Zowis



- 2430 Sep

196,50

2802 makt
maktum 17/22



177,50

Novembre 2022

up sweet Sugar



pinguile

Novembre 2022

21,00

up sweet Sugar

+ 8

- 2105 makt 84



up 23

95
52,00

asgung n2



benjamin n2
benjamin n1



48,00
98,80
1

pharmacie 22

255,00 benzellet
x2 3gyc

DR BENCHERIAN
SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
57, BOULEVARD ANTOINE
TEL: 022 22 81 11 67



3458,60

صيدلية الجاسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
1, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 11 67

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

UNIQUEMENT EN PHARMACIE

غافيسكون أدفانس
GAVISCON ADVANCE

Bien agiter avant utilisation.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire : Reckitt Benckiser.
Gaviscon Advance, 100 mg.
Utiliser dans les 6 mois.
AMM N° 08R1/2020
PPV: 48 DH 40

Pharmaceutical Institute
R.S. 293 OUMI AZZA Région Rabat

PPV : 98 DH 90

GTIN PPC:255.00 Dhs

LOT (10) 26045931

2023-06-23

2021-09-24

(01) 04 PPC:255,00 Dhs

LOT (10) 26049041

2023-08-18

2021-11-19

UDI

EXP 02/2024



هامة الملاحظات ذات
التأثير الملحوظ:
بارهيروكسيتروزات
التبيل و البروبيك.
نواعي الإستعمال:
نوفر غافيسكون
لأفادين تنطوية سريعة,
نقوم طويلا ضد حركة
المعدة و عبر الهضم.
طريقة الإستعمال:
عن طريق الفم.

e150ml

Soulever ici.
Ne pas enlever.

3122756

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2810

PPV 21DH00
PER 11/25
LOT L3815

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2683

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2810



PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2679

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2678

PPV 21DH00
PER 10/25
LOT L3341

PPV 21DH00
PER 08/25
LOT L2810



NovoNorm®
1mg
90 comprimés
PPV: 177 DH 50



8-1775-73-210-1

Uniquement sur ordonnance Liste I

Respecter les doses prescrites

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50



8-1785-73-210-1

NovoNorm®
2mg
90 comprimés
PPV: 196 DH 50



8-1785-73-210-1

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-7

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-1

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-

1x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/insuline asparte
PPV : 273,00 DHS

8-9564-73-260-1

