

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.

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° M21- 067738

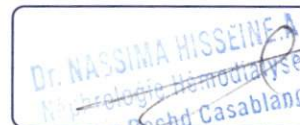
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HILIA HAKINA
 Date de naissance : 11/01/63
 Adresse : 173 Bd BRAHIM ROUDANI Ap 20
 N° : 0661 478650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2023
 Nom et prénom du malade : HILIA HAKINA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	852.20

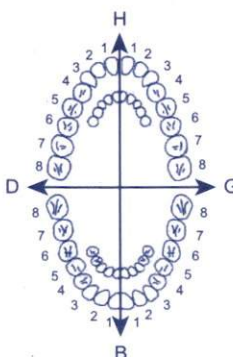
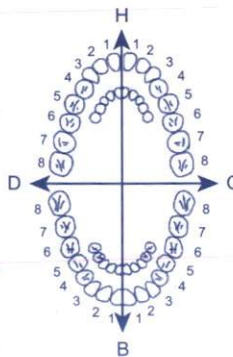
[illegible][illegible]

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'O.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 30/01/13

ORDONNANCE

Docteur : ALILA Hakima

22,80 x 3

- Cortancyl 7mg cp



après le matin

50,70 x 3

- Cardeneb 2,7mg cp



après le matin

14,100 x 4

- Coliprane 1000 mg



après 33 ou 30 heures

27,70 x 3

- Cordice 20mg



à 12h

- Imerin 20mg



852,20

après 5

Dr. NASSIM HISSEN A
Néphrologue Néphrologie

Traitement
pour
3 mois

LOT : 22E005
PER.05 2025

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



LOT : 22E003
PER.05 2025

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



CORTANCYL 5MG
CP SEC B30

P.P.V : 22DH80



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



EXP 01-2025
LOT ZECB

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591



EXP 01-2025
LOT ZECB

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



EXP 01-2025
LOT ZECB

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH



6

118001

020591



EXP 01-2025
LOT ZECB

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/15DMP/21NRQ

P.P.V: 82,10 DH

EXP 01-2025
LOT ZECB

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/15DMP/21NRQ

P.P.V: 82,10 DH

6 118001 020591



Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3612



b bottu s.a.
12, Allée des Casuarines - 41100 St. Baudouin
S. Baudouin

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3612



b bottu s.a.
12, Allée des Casuarines - 41100 St. Baudouin
S. Baudouin

Doliprane[®]

1000 mg

PARACÉTAMOL



PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3612



b bottu s.a.
12, Allée des Casuarines - 41100 St. Baudouin
S. Baudouin

Doliprane[®]

PARACÉTAMOL

1000 mg



PPV:14DH00

PER:10/25

LOT:L3612



b bottu s.a.
12, Allée des Casuarines - 41100 S. Baudouin
S. Baudouin



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246