

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M22- 0006219

MR356

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1770	Société :	Ret Retraite Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MUPRAS RECEPTION
Nom & Prénom :		Bouchn N. mohamed	
Date de naissance :		01/01/1969	
Adresse :		LOT EL MATAH 256 Dernour	
Tél. :		06 63 78 25 90 Total des frais engagés 500,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/03/2022	Age :	
Nom et prénom du malade :	Bouchn N. Mohamed		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :  Le : 22/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
22/03/2025	51.50		325,00 € HT	
			100,00 € TVA	
			325,00 € TTC	
				INP 061175584
				ICE 001830229000079
				Rue Ibn Rached 02232.55.840
				Heure 30 à 15h

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR EL IMANE Dr. ELGARIBI Nour Elmane Manzeh N°44 Derouïd Tél: 05 20 35 07 57	22/07/23	500,00

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

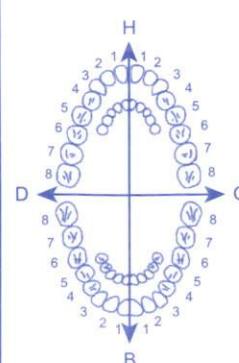
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

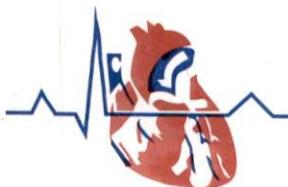
[Création, remont, adjonction]

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط
والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهواة

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires

Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

22-03-2025

Bouchnar No Hamed

$$98,10 \times 3 = 294,30$$

~~cosyne f sing / sing~~

$$79,70 - 101,5 \times 31 =$$

~~Rhythme~~

$$68,90 - \text{Studie}$$

$$57,10 - \text{isoprot}$$

$$T = 500,00$$

Sur Rendez-vous

HORAIRE : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

05 22 32 65 84 - زفقة ابن رشد - برشيد - الهاتف : 80

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél: 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

68,90

(50 x 20 x 114) mm

UT.AV. : 01 2024

P.P.V.

LOT N° : FX 2577 RR

79 70

0936603014

LOT 222795 1

EXP 09 2027

57 10



14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O

30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O

30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057

6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg O

SERVIER Maroc - Casablanca
PPV : 98,10 DH

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14011057