

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.



Déclaration de Maladie : N° S19- 0004278

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11440 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN TOULAY HASSAN Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0665 796162 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : Benoulay Abdel Wahed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Cas Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/04/2019	C9	01	13000	<p>Dr. Sara MAROUANE</p> <p>Medecine generale</p> <p>Adresse: 2 Gb - 43 RDC Appl 1 Hay Oulfa</p> <p>Casablanca Tél: 05 22 65 59 59 55</p> <p>091265140</p> <p>Membre agréé pour Permis de conduire</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE BOUBANER</p> <p>Rés Riad Oulfa, GH33, B</p> <p>M19 et 20 Oulfa Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 65 84 64</p>	5/04/2019	231,5

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	

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 canaux, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
		(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

Vita C1000®

Docte

M

Diplômée d

PPV 15DH30
EXP 10/2025
LOT 2N040 20

NE

Casablanca

Praticienne de hyperdermatologie

Cupping therapy

La médecine Esthétique

Médecin agréé pour permis de conduire

طفال

ديبروزون 0,05 % كريم

بيتاميتازون

للدهن فقط

LOT : 070
PER : AUT 2025
PPV : 17 DH 30



الطب التجميلي

طبيبة مقبولة لرخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca le

05/04/2023

M. Bouley Abdelhak

98,00

1/ Zanax 1g

1 sachet x 21j pdt 6 jrs.

2/ Vite 1000

29,90 1 pa 21j

3/ Fitelax

21,00 1 sachet x 31j

4/ Febrax

17,30 1 sachet x 31j

5/ Diprosone

1 app 1j

231,50

Acharaf 2 GH6 - 43 RDC Appartement 1 Hay Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 69 59 35

PHARMACIE BOUBAKER
Rés Riad Oulfa 1, GH33, E11
M19 et 20 Oulfa-Casablanca
Tél : 05 22 65 84 64

Dr Sara MAROUANE
Médecine générale
Achraf 2 GH6 - 43 RDC Apprt 1 Hay Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 69 59 35
Médecin Agréé pour Permis de conduire
N°PE 091265140

FEBRIX[®]

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED LOT : 1974
UT.AV: 02-26
PPV: 21DH00

®

زاموكس

أموكسيسيلين - حامض كلافيلانيك

1 غ / 125 ملغ

الكبار



مسحوق لأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم

نسبة الأموكسيسيلين -
حامض كلافيلانيك: 1/8

12 كيسا

PPV: 98DH00
PER: 01-26
LOT: M177

فيتوراكس®

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية وزيوت أساسية
+ فيتامين C

للکبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مُكوّن من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot :
À consommer
avant le :

230026

01/2026

PPC : 79,90 DH