

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- 0039115

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société : AS87SA
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FADIL Fatima
 Date de naissance : 10.09.53
 Adresse : 054 0664132430
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/23	625,60

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 es. prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

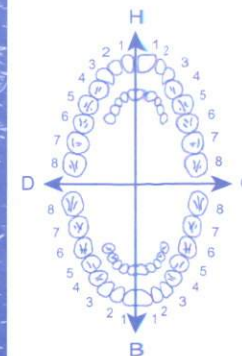
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

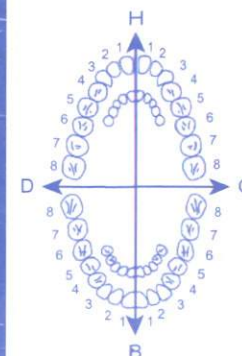
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire
Chirurgie Endovasculaire
Phlébologie (VARICES)
Traitement par laser & Radio fréquence

الدكتور فؤاد الوردي

جراح سابقاً بمستشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين
فلبولوجيا (الدوالي)
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية



M 14 89

Casablanca le :

FADIL
Rena

1/4/23

84,80 d3

Prezar 60
1cp5

31,30 d2

Mylic 200

154,30 d2 1cp5

S-CITAI 10mg

625,60

PHARMACIE
16-18
Anoual

الدكتور فؤاد الوردي
Dr Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio - Vasculaire
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
& Bd Anoual, 3e Etage - Bur. N° 305
Tél : 0522 86 54 50 - Fax : 0522 86 31 11

Abdelmoumen centre : Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual, 3ème étage - Bur 305 - Casablanca

Tél. : 0522 86 54 50 - Fax : 0522 86 31 11 - URGENCES : 0661 19 01 66

E-mail : elouardif@yahoo.fr - Site web : www.varices-casablanca.ma

PPV: 84DH80
PER: 10/24
LOT: K2916

PREZAR® 50mg
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PREZAR® 50mg
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 84DH80
PER: 10/24
LOT: K2916

PREZAR® 50mg
Losartan

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

LOT 222631
EXP 08 2026
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244

Cipla Maroc
استاد ماروك
S-CITAP® 20 mg
30 Comprimés pelliculés sécables
LOT: KE 10094
PER: 15/4 2023
PPV: 154 08 30

LOT 222631
EXP 08 2026
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022244