

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.



159512

Déclaration de Maladie : N° P19-0023807

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ROHMANE Date de naissance :

Adresse : 27 Passage 06 TISSIRI BOURECHID

Tél. : 0660237318 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II - Ben echid
Tél : 05 22 32 53 53

Date de consultation : 02/05/2023

Nom et prénom du malade : DEBBAGEI Chrider Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome afa + diabète et

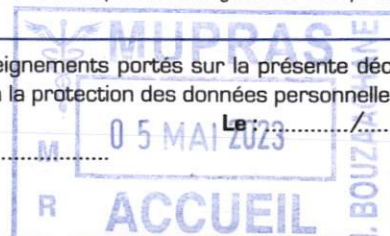
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05 MAI 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

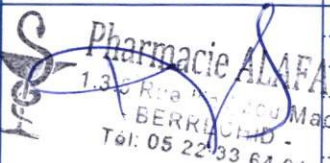
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
02/05/2023	C		750,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/05/2023	607,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

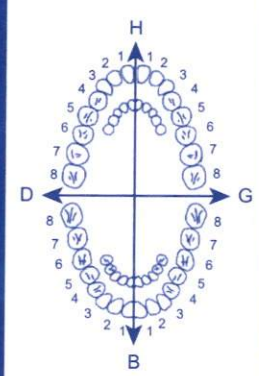
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

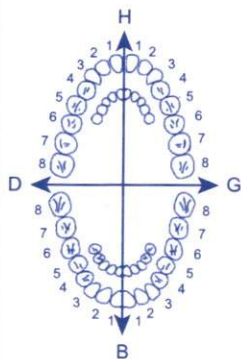
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

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	<input type="text"/>
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. HAMZA Bachir
Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie
Diplômé en Diététique Médicale
Diplômé en Médecine du Sport
Diplômé en Médecine du Travail
Diplômé en Expertise Médicale
Expert auprès des Tribunaux



الدكتور حمزة البشير
الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
دبلوم جامعي في الطب الرياضي
دبلوم جامعي في طب الشغل
دبلوم جامعي في الخبرة الطبية
خبير طبي محلف لدى المحاكم

Berrechid le 02/5 / 2023 برشيد في

Nom Prénom :

Abdelhak Cherder

ORDONNANCE

21. 20 x 2
4 Valdeben
87,00
22 2,00
42,00
52,80
122,70
38,50
607,40
Tél.: 05 22 32 53 53
Pharmacie ALAMO
130 Avenue Abou Medi
- BERRECHID -
Tél.: 05 22 32 53 53
Signé: Dr HAMZA Bachir
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II - Berrechid
Tél.: 05 22 32 53 53

Visite de contrôle le:

20, Bd HASSAN II, Tissir 1
Télé/Fax : 0522 325353 : الهاتف - فاكس
المحمول: 0661 232174 : Portable
البريد الإلكتروني: Email: b.hamza55@gmail.com

20، شارع الحسن الثاني، التيسير 1

المحمول: 0661 232174 : Portable

البريد الإلكتروني: Email: b.hamza55@gmail.com

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

-- LAPROPHAN --

EXP 03/2025
LOT 22046 5

PPV : 21DH20

INDOLAN®
10
suppositoires 100 mg



6 118000 031628

INDOLAN® 100 mg 10 suppositoires

-- LAPROPHAN --

EXP 06/2025
LOT 25007 2

PPV : 21DH20

INDOLAN®
10
suppositoires 100 mg



6 118000 031628

LOT: M0812
PER: 07/2024
PPV: 87,00 DH

PPV: 222,00 DH
LOT: 650913
PER: 11/24

PPV (DH):

42,00

daflon® 500 mg 
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

PREONI® 20 mg 
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753

LOT 210385
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutical



6 118000 410065



Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Ila Abou Mad
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

s enfants.
n médicale

Maltoter® 
Comprimés pelliculés boîte de 30



6 118000 331902

122,70