

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-797243

162839

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-797243

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
26/04/2013	CONS		300	INF : 081182156

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS Dr NASSIRI KHALIL INPE : 082104886	26/04/2013	2155,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS []														
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr WASSIM M. EL RABBANI

CARDIOLOGUE

Ancien Médecin à l'Hôpital Al Farabi - Oujda
Ancien attaché au CHU Hassan II - Fes



د. وسيم محمود الرباني

إختصاصي في أمراض القلب و الأوعية الدموية

طبيب سابق بمستشفى الفارابي - وجدة

ملحق سابق بالمركز الإستشفائي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

Nom : Tkara

Oujda, le : 26.11.23

Prénom : Wassim

Handwritten calculations and notes:
 $3460 \times 5 = 17300$
 $5680 \times 5 = 28400$
 $3990 \times 3 = 11970$
 $3700 \times 3 = 11100$
 $15710 \times 2 = 31420$
 $+ 15440$
215500
Other notes: "La somme 110 = 28400", "37000", "11970", "11100", "31420", "15440", "215500".

**PHARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
Dr. WASSIM EL RABBANI
13 33**

**Dr. Wassim EL RABBANI
CARDIOLOGUE
63, Mous Al Akbar, Ann. Al Mourabitine
Tél.: 05 36 70 31 54 - Oujda**



081182156

عمارة المرابطين (مقابل مستشفى الفارابي) زاوية إدريس الأكبر ورنقة الرازي. الطابق الثالث رقم 5 (المصعد) - وجدة
Imm. Al Morabidine (en face Hôpital Al Farabi) Angle Bd Idriss Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda

Tél.: 05 36 70 31 54 - GSM : 06 72 73 75 50 - INPE : 081182156

LOT : 22E012
PER : 07 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 22E014
PER : 07 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 22E012
PER : 07 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 22E014
PER : 07 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 22E012
PER : 07 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

39,90
BIPROL® 5mg
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118000 121305

39,90
BIPROL® 5mg
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118000 121305

39,90
BIPROL® 5mg
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118000 121305

39,90
BIPROL® 5mg
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118000 121305

39,90
BIPROL® 5mg
30 Comprimés pelliculés
sécables
6 118000 121305

370,00
LOT : 22E013
PER : 07 2026
PPV : 157LH10

157,10
LOT : 22E013
PER : 07 2026
PPV : 157LH10

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

157,10
LOT : 22E013
PER : 07 2026
PPV : 157LH10

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

370,00
Rexaban® 20 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072683

157,10
LOT : 22E013
PER : 07 2026
PPV : 157LH10

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

Rosuva® 10 mg
Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés
PROMOPHARM S.A.
6 118000 242741

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

ALDACTONE 50® mg
P.P.V : 56,80 DH
6 118001 170029

Lot : 22009
Per : 09/24
PPV : 154 DH 10