

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0007746

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10296 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDREHIM HAKIT Date de naissance : 1958

Adresse : 2 Avenue Mohammed VI

Tél. : 058802234 Total des frais engagés : 1138 DH 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 : DABHA LOLOPOT

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/08/2023

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
25/08/23	CS			<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	25.08.23	1138,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

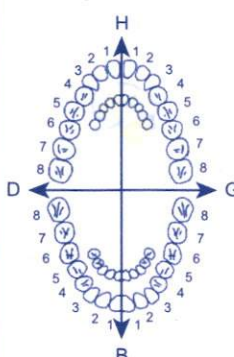
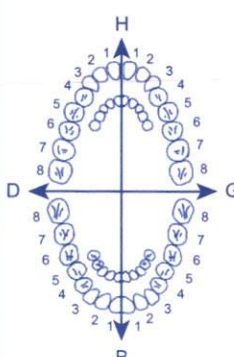
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (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

مركز أمراض الكلى وتنقية الدم بالدياليز بوسكورة

الدكتورة بريشة سلوى
DR.BRICHIA SALOUA

الدكتورة غفون كوثر
DR.RHAFOUNE KAWTAR

Le 25/08/2023

M. CHAOUIC Abdelmalik

4950 Cabasorb
1cp x 1j

Lot: 230348
À consommer de
préférence avant le: 04/2028
PPC: 79,50 DH



58130 Nigaspur
1cp x 1j



LOT: 3186
PER: 03-25
P.P.V: 58 DH 30

5140 Sepcen 250 mg
1cp x 1j

SEPCEN 250 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



152503 Lantus solostar
1BU de ser



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.I
Ain Sebaa Casablanca
Lantus Solostar 1000U/ml inj
b1 sty 3ml
P.P.V: 152,50 DH

28702 Effortil
20 goutes x 1j

EFFORTIL gouttes
Chlorhydrate d'éthérine
Flacon de 30 ml



PPV: 28DH70
PER: 12/27
LOT: L3903

EFFORTIL gouttes
Chlorhydrate d'éthérine
Flacon de 30 ml

PPV: 28DH70
PER: 05/27
LOT: L1020

11109 Humalog style
100. Natu

Humalog 100 U/ml
KwikPen
Solution injectable 1 stylo de 3 ml



LOT: 04781768.3
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

Fetalax

8450x3 1 flacon

15,80 Doliprane 500

1cp X 3

19,60

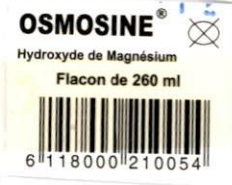
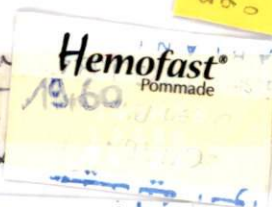
Hemofast Pommade

34100

Osmosine

1 box 36g

Pharmacie Dr en Pharmacie
Samira H. - Tél (02) 33.47.71
Laouia de N. - SABLANCE



T: 1138,00

Dr. RHAFONE KAWTAR
Centre De Néphrologie Et Hémodialyse
Bouskoura
Tél : 0522 59 07 74 - Fax : 0522 06 67 74
INP : 02 49003