

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

M22- 0030930

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EDDARI EL MOSTAFA
 Date de naissance : 18/11/55
 Adresse : 49 Rue d'Algerie CSEA
 Tél. : 0661321595 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/11/23
 Nom et prénom du malade : Eddari El Mostafa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DM1
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/11/23

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
22/11/23		1		Dr. Mohamed JELAL Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue du Baghdad - CASA Tél. 0522 48 27 02/03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/11/2023 1906,90

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

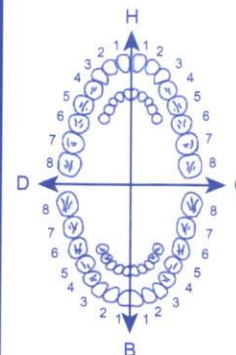
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

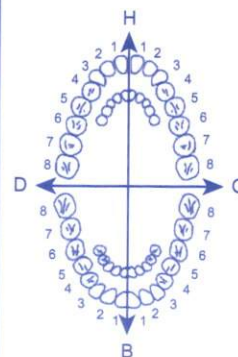
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 43 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلوز بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة النرقية

الهاتف : 0522 43 27 88

Casablanca, le

$$3 \times 208,00 = 624,00$$

$$3 \times 87,50 = 262,50$$

$$3 \times 22,00 = 66,00$$

$$3 \times 26,90 = 80,70$$

$$3 \times 36,20 = 108,60$$

$$3 \times 110,70 = 332,10$$

$$2 \times 96,00 = 192,00$$

$$2 \times 32,00 = 64,00$$

$$75,00$$

$$51,40$$

$$49,40 =$$

$$190690$$

24، زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

LOT 222915
EXP 09 2025
PPV 36.20

x 3 ced



LOT 230742 1
EXP 02 2026
PPV 26 90

x 3 ced

AMM N° 528/17DMP/21/NRQ/R1

N° Lot: 2TJ595
Fab: 06/2022
Per: 06/2025
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)



49.40



x 2 ced

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3



LOT : 4972
PER : 06 - 26
P.P.V : 32 DH 00

LOT : 3856
PER : 04 - 26
P.P.V : 32 DH 00

Médicam

V14097701

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

V14097701

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

® زولامول®
Xolamol
x 3 ced

Lot: A D 03 14
Fab: 04 23
Exp: 04 25
P.P.V : 110 DH 70



LOT: IC30802
PER: 06/2025
PPV: 75 DH 00

Cipl
Etiqu

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004 5

x 3 ced

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691

N° ID.F. : 20763230

N° ICE 001727771000005

N° CNSS : 1175638

Tel : 022277534

Fax : 022208027

Mr bddari el mostapha

I.C.E. :

Le : 22/11/2023

FACTURE N°: 10473/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208.00	624.00
3	NEBilet 5MG 28CPS	87.50	262.50
3	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22.40	67.20
3	ODIA 1MG B 30	26.90	80.70
3	XOLAMOL SOLUTION OPHTAL	110.70	332.10
2	PRAZOL 20MG /28GELULES	96.00	192.00
2	CLARTEC 10 MG / 15 CP	32.00	64.00
1	NAZAIR SPRAY NASALE /100DO	75.00	75.00
1	DIVIDO 75 MG B/ 20 GELULES	51.40	51.40
1	COLTRAMYL 12CPS	49.40	49.40
3	STAGID 700MG /30CPS	36.20	108.60

TVA 7%: 49.97

Total : 1 906,90

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SIX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

