

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-801901

184 527

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3678 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RASSIF Mohammed
 Date de naissance : 22 08 1960
 Adresse : N°18, Rue Med EL Yezidi, Quartier des hopitaux, Casablanca 20760
 Tél. : 06 00 386 123 Total des frais engagés : 1578,5 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 : 28 NOV. 2025

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 : Cas Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : /

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
09/08/83	CS	3000H		INF: 09118884A

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/23	460,00
	31/01/23	317,50

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

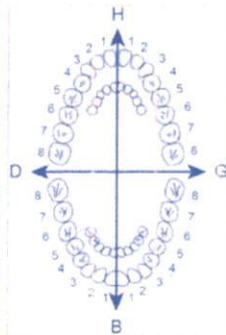
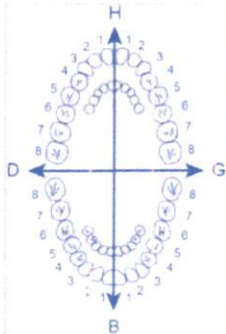
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



بار واصل

جهاز التنفسي

أساسية

قلاع عن التدخين

فحص وظائف الرئة

أساسية

لمهنية

PPV: 222,00 DH
LOT: 651423
PER: 01/25

PROSPAN[®] Sirop 100 ml

PPV: 30.00 DH



Casablanca le :

29 AOUT 2023

ELAFAF LAILA

222,00

1- Augmentin 1g
1 sachet x 3 / j At 7j après Repu
30,00

2- Prospan sirop
1 Cax x 3 / j At 7j
80,00

3- Febrex Sans sucre
1 sachet x 3 / j At
89,00

4- Apixol spray
1 spray / N x 3 / j
80,00

5- ...
1 spray / j At

PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. SIJESSASSI Bouhra
30, Rue Mausolee 9, Hôpitaux
Casa - Tél: 05 22 48 22 99

FEBREX Adulte Sans Sucre



UT.AV: 04-26
PPV: 20DH00



8 032578 479676

LOT 230464
2026/05
PPC: 89,50 DH

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Laya
Quartier

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

5 (مصدق من طرف) الشقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء
11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Laydissier) 5^{ème} Etage (av

Urgence 06 77 20 20 24 05 2

ICE: 00202

Dr. GADDAR Wassil

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



الدكتور غدار واصل

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

الضيق - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 31/07/23

ELAFAB LmLa

297,20 + 2,594,50

1- Sybiort 200/6



1B - 0 - 1B

3 mois
75,50

2- Xgat cp



1 cp / j

3- BUENA Arenal



1 pulv / N / j

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pde p inh

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou el aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 µg Pde p inh

Flacon de 120 doses
10414 DMP/21NRQ P.P.V:297,009H



DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Lavoisier App 12
Quartier Des hôpitaux
Tél: 0522 860 444

Lot N°:
FAB: 066S056B
EXP: 11/2022
PPV: 149DH00 11/2024

رقم 11، زنقة أبو الحسن (القواري سابقا) الطابق 5 (مصعد مدفوع) الشقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء.

11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

Urgence 06 77 20 20 24 05 22 860 444 drgaddar@gmail.com

ICE: 002023220000065