

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

- ☐ 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° M21- 0015820

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JABRANNE Hassan
Date de naissance : 1955
Adresse : AL YASSMINE GR5 immeuble 74
App't n° 7 E Poulfa
Tél. : 0663291829 Total des frais engagés : 3416,80 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 : Casablanca Le : 27/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/1/24

3416,80

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

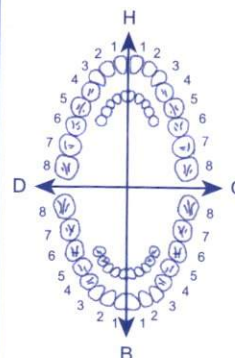
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

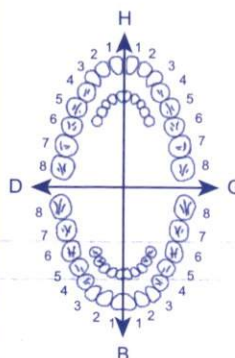
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

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

Pharmacie EL MASJID EL HABIB - Casablanca

El habib ESSABHI
0522900567
Echaraf 2 gh8 n 8 eloulfa casablanca,



Facture N° FAC-97258 Date : 27/01/2024	SAIDA CHAABI Maroc
--	------------------------------

Produit	Qté.	P.U	Total
UPERIO CO 50MG B28 COMP PELLI	7	405,00	2 835,00
CARDENSIEL CO 2.5MG B30 COMP	3	50,70	152,10
KARDEGIC ST 75MG B30 SACHETS	3	30,70	92,10
TAHOR CO 10MG B28 COMP MV MM	3	79,00	237,00
ZUCAM ST B10 SACHETS	2	20,00	40,00
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	3	13,40	40,20
LEVOTHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	3	6,80	20,40

Total Organisme	0 DHS
Total Client	3 416,80 DHS
Total	3 416,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille quatre cent seize DHS et quatre-vingts centimes

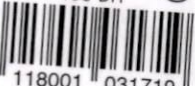
PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
ESSABHI EL HABIB
Diplômé en Pharmacie
Riad El Hassani CHAABI
CASA - OULFA
05 22 90 05 67

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



6 118001 031719



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

EXP: 05 26 P.P.V

LOT N°: HC 5 6 9 7 79,00

EXP: 05 26 P.P.V

LOT N°: HC 5 6 9 7 79,00

EXP: 05 26 P.P.V

LOT N°: HC 5 6 9 7 79,00

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH):

20,00

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH):

20,00



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006