

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

M22- 0055634

192458

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3163 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SOULIMANE KHEBOUJA / AZZAOUI
Date de naissance : 26/05/42
Adresse : 123 BD ABOUHABZ BOUGGAGUE
Tél. : 0661867937 Total des frais engagés : 200DH + 512,20DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/01/2024
Nom et prénom du malade : SOULIMANE KHEBOUJA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Infection respiratoire
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 : 17/01/2024 Le : 17/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

soigner avant fin

contre :

80,40 DH
Lot: L22122
Per: 05-2025

regulièrement :
08042447MP/28MCA/MAV3

Sterilise et

Echog
Elect

20 Comprimés effervescents sécables
Voie orale

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

34,80

17/01/2024

Mme Soulimane Khedoudja

LOT: 230753
PER: 02/2025
PPV: 69,00DH

BIOVANIC 500

1 comprimé, matin et soir

69,00 x 2

Total: 512,20DH

DOCI VOX

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour

69,00 x 1

MAXI G

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

80,40 x 1

DOLIPRANE 1000

1 comprimé, 3 fois par jour

14,00 x 1

STERIMAR

2 pul nasal, 3

94,00 x 1

RACIPER 20 boîte 7

1 comprimé le matin

82,10 x 1

S CORT 20

3 cp par j pd 3 j

34,70

RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



Dr. Asmae BERRADA
159, Bd. El Hank Bourgogne
Lahajma App. 24 - Casablanca
Tél. 05 22 26 50 22

159, Bd. Bourgogne, Résidence Shwan, App. 24 - Lahajma - Casablanca

Rendez-vous: 05 22 26 50 22 | Urgence: 06 23 73 02 08 ✉ berrada.asmae65@gmail.com



PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3523

الدكتور

دبلوم جامعي في
علاج

LOT: 40963
PER: 02/2025
PPV: 69,00DH

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3404