

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- 0019076

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2114 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ACHIR ABDELGHANI
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 13 RUE MOUSSA AL AYOUNI ETG 2 APT 4 BOURGOGNE CASA
 Tél. : 06 78 99 00 25 Total des frais engagés : 436,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/24
 Nom et prénom du malade : M. ACHIR ABDELGHANI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

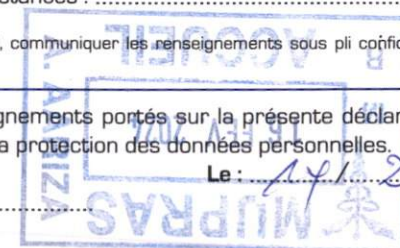
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le : 14/2/24

Signature de l'adhérent(e) :

ACHIR



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
31-01-24			150,00	Dr. BELGHITI Khadija Médecine Générale Tel: 022.22.11.01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

31/01/24

PHARMACIE EL FARAB
PHARMACIE EL FARAB
Mr. LAHRAÏ BENNANI Adine
45 Bd Boulogne - Casablanca
ICE 0965187000019
Tel: 0533222535

Montant de la Facture

286,70

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 :

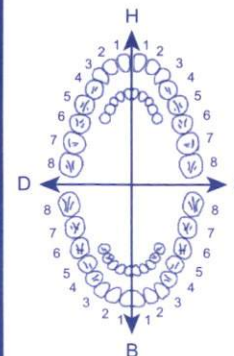
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

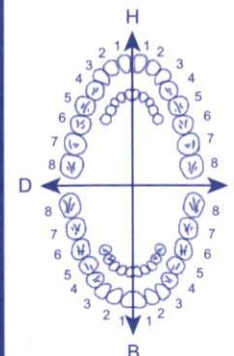
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 BELGHITI Khadija

Médecin Généraliste
Echographie Générale

الدكتور بلغيتي خديجة

الطب العام
الصدى الصوتي العام

Casa le, 31-01-24

M^r

ACHIR ABDELGHANI



Pharmacie
45, Bd de Bourgogne
Tél: 05 22 22 11 01
TP 15601098 - ICE: 0
INPS 0920

Vita C1000®

PPV 15D/130
EXP 08/2026
LOT 34031 20

①

Azix 500

79,70



1 cp - 2 w.i.d. - 1 cp

②

ultralevure 250 gellule

65,10



1 gel x 2 - 05

③

Dacivox 500

49,100 x 2 = 98,100



1 cp x 2 - 05

④

2000mg 1g

14,100 x 2 = 28,100

1 cp - 2 w.i.d. - 1 cp

45 ، شارع بوركون الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 11 01

45, Bd de Bourgogne 1^{er} étage - Casablanca - Tél : 05 22 22 11 01

1530
PHARMACIE EL FARABI
 M. LAHRAÏ BENNANI Amin
 45 - EL BACHA - Casablanca
 ICE 001654187000019
 Tél: 05 22 22 22 22

286,10



Vit C 1000

1 cp eff 6 matin

Dr: BELHITI Khadija
 Médecine Générale
 Tél: 022.22.11.01

PHARMACIE EL FARABI
 M. LAHRAÏ BENNANI Amin
 45 - EL BACHA - Casablanca
 Tél: 05 22 22 22 22
 T.P. 15601098 - N.E. 001654187000
 N° 05 22 22 22 22

AZIX[®]
 Azithromycine
 500 mg
 Voie orale

PPV: 79DH70
 PER: 10/26
 LOT: M3547

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

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

Lot: 1256
 02 2023
 02 2026
 BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

LOT: 231031
 DLUO: 12/2026
 49,00DH

Deva

125 ml

LOT: 231061
 DLUO: 12/2026
 49,00DH

Deva

125 ml