

**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

19K292

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

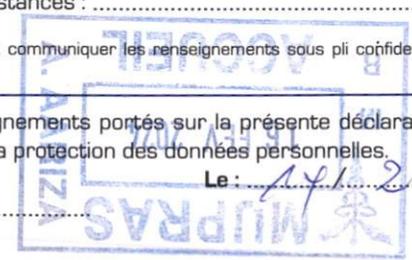
Matricule : 2114 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ACHIR ABDELGHANI
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 13 RUE MOUSSA AL AYOUBI ETG 2 APT 4 BOURGOGNE CASA
 Tél. : 06 78 99 00 25 Total des frais engagés : 436,00 Dhs

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) : 



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 Tél: 022.22.11.01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL FARAB Mr LAHRABI BENNANI Adnane 45 Bd Boudouane - Casablanca ICE 0946187000019 Tel: 0533212535	31.01.24	286,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

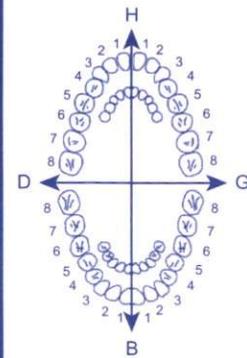
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

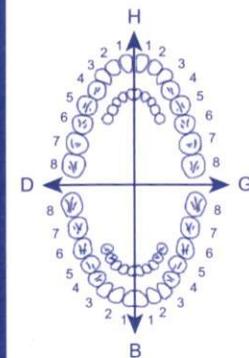
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

Docteur BELGHITI Khadija

Médecin Généraliste

Echographie Générale

الدكتور بلغيتي خديجة

الطب العام

الصدى الصوتي العام

Casa le, 31-01-24

M^r

ACHIR ABDELGHANI



PHB: 29224 8
1493481
45, Bd de Bourgogne
Tél: 05 22 22 11 01
TP: 15601098 - ICE: 0
INPS: 0920

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 08/2026
LOT 34031 20

①

Azix 500

79,70



1 cp - 500 mg

②

ultakoune 250 gellules

65,10



1 gel x 250 - 500

③

Dacivox sirop

49,100 x 2 = 98,100



1 cab x 250 - 500

④

Doliprane 1g

14,100 x 2 = 28,100

1 cp - 250

45 ، شارع بوركون الطابق الأول - انذار 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 Bd Boulogne - Casablanca
ICE 001654187000019
Tél: 05 22 22 11 01

286,10

S.V.

Vit C 1000

1 cp aff le matin

Dr: BELHITI Khadija
Médecine Générale
Tél: 022.22.11.01

PHARMACIE EL FARABI
M. LAHRAÏ Amin
45, Bd de Boulogne - Casablanca
Tél: 05 22 22 11 01
T.P. 15601098 - N.E. 001654187000
NINSA 1572004639

AZIX[®]
Azithromycine
500 mg
Voie orale

1 cp aff le matin

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



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



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



Deva
LOT: 231031
DLUO: 12/2026
49,00DH
125 ml

Deva
LOT: 231061
DLUO: 12/2026
49,00DH
125 ml

Lot: :موجود
Fab: :صنع

1256 02 2023 02 2026
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH