

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.

Diagnostique 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

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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R. A. M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAÏB Date de naissance : 04/08/1957
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 066.407.4077 Total des frais engagés : 462,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور داري عبد اللطيف
Docteur DARI Abdellatif
طبيب اختصاصي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط الدموي
Médecin Spécialiste en Cardiologie et l'Hypertension Artérielle
c/s. Mawada, Imme. A, Apt 8, Bd. Ibn Tachfine Casablanca
Tél/Fax : 05 22 42 62 24 / Urgences: 06 64 42 72 72

Date de consultation : 18/06/2021
Nom et prénom du malade : M^{me} LAHROUB ZOHRA Age : 28/06/63
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dysma
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le 28/06/2021

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/02/2021	<p> PHARMACIE GHOFRANE Bloc "C" Rue 2 N° 116 Al Qods - Bernoussi 022-73 21 21- Casa </p>

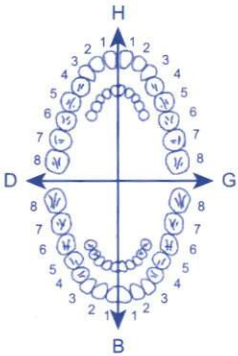
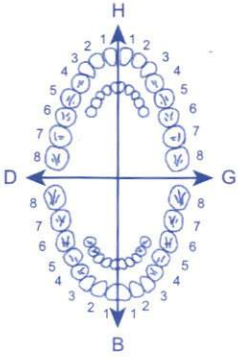
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EXECUT

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le

18-FEV. 2021

Lahouas Zouha



2. 0-2

Ghobryane

1 amp / 15g

1) cure for N²



1-2

PHARMACIE GHOFRANE
Bld C. 2 N° 116
Al Qods - Bernoussi
Tél: 022.73.26.31 - Casa



1-2

21.100
5) 21.100

44 cl 0.8ms

PHARMACIE GHOFRANE
Bld C. 2 N° 116
Al Qods - Bernoussi
Tél: 022.73.26.31 - Casa
DARIF Abdellatif
طبيب اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين و ارتفاع الضغط الدموي
Bld C. 2 N° 116 - Al Qods - Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 022 62 62 94 - Tél: 06 64 42 72 72

252,60

Sothema
L. Tazi, Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 24 doses
PPV 44.80 DH



6118001070386

27,00

LOT: 0392017
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

20184 PER: 11/2023
PPV: 21,00 DH

27,00

LOT: 0392017
PER: 11/2025
PPV: 27.000H

Sothema
L. Tazi, Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 24 doses
PPV 44.80 DH



6118001070386

LOT: 20184 PER: 09/2
PPV: 21,00 DH

27,00

LOT: 0392017
PER: 11/2025
PPV: 27.000H