

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.

Biologie 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.

Prothèse 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

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° P19- 0045514

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

14094

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9696 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Samir Ladi

Date de naissance : 02/08/1963

Adresse : 138, Bd OMA, Deroua

Tél. : 0671762346 Total des frais engagés : 2511,00 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 : 26 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045514

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule : 9696

Nom de l'adhérent(e) : Samir Ladi

Total des frais engagés : 2511,00 Dhs

Date de dépôt : 26/12/2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

[Signature]

20/11/15

2514,00 DH

INPE

062084025

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

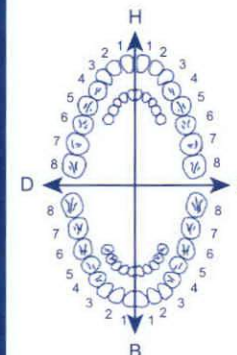
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

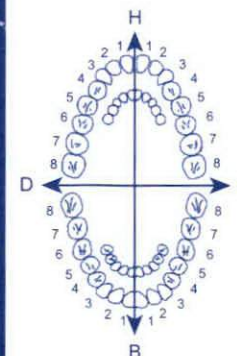
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie ben msik

N° de facture : 174

Client : Laidi Samaoui

Date : 20/11/2019

Médicament	Nombre	P.U	Total
Slalevo 150	6	419.00	2514.00
Total			2514.00

Patente : 55805700

PHARMACIE BEN M'SIK
MAROUANE MSIK
Docteur En Pharmacie
Lot. Khadija Bd. Oum Rkhaa
Gsm : 05 22 53 20 58

Adresse : Lot khadija Deroua

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا

STALEVO 150/37.5/200 mg ○

Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 419,00 DH



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

titulaire de l'AMM dans le pays d'origine/

صاحب الرخصة في البلد الأصلي

Novartis Pharma Schweiz AG, Risch. Suisse/

نوفارتيس فارما شفايس أ.ج. ريش، سويس

titulaire de l'AMM au Maroc/

صاحب الرخصة في المغرب

Novartis Pharma Maroc /

نوفارتيس فارما المغرب

fabriqué par/

يصنع من طرف

Orion Corporation, Orion Pharma Espoo Finlande/

أوريون كوربوريشن أوريون فارما فنلندا