

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.

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° P19-0034983

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10176 Société : la sone 33931

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : merri mohamed

Date de naissance :

Adresse : tixir 1 monor Adem 1/22

Tél. : 0669334106 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/04/2020

Nom et prénom du malade : MERRI MOHAMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Le : 21/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
15/7/2020		2000H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tél: 05 22 53 31 88

15-07-2020

400,70

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

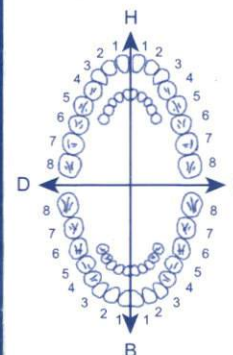
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

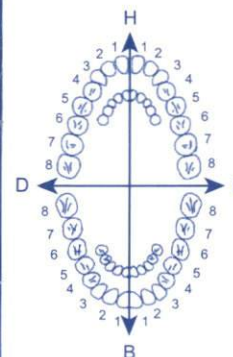
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

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

Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie
Spécialiste des maladies

Du Cerveau et de la colonne vertébrale

Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat

Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



الدكتور سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

Berrechid , le 17.7.2026 برشيد , في



061171765

ORDONNANCE

PHARMACIE YASMINA
RUE IBNOU NAFIS
HAY Yasmîna Berrechid
Tél.: 05 22 53 31 88



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

Handwritten signature and notes in blue ink.

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNOU NAFIS
HAY Yasmîna Berrechid
Tél.: 05 22 53 31 88



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

B.d Mohamed V Berrechid - 47 diour essafi 1^{er} étage

Tél.: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com

شارع محمد الخامس برشيد - 47 ديور الصافي طابق الأول

الهاتف: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 15

البريد الإلكتروني: mr.samii.hamid@gmail.com

Epyca 75m

10/11/17

الدكتور سمير حميد
أحمد المصطفى حميد
Dr. Samir Hamid
Neurochirurgie
47, Bd. Med V - BERRECHID

