

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 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



06-68-403417
Déclaration de Maladie

N° P19- 067011

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2611 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 07 / 2020

Nom et prénom du malade : CHERRABI NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Dépressive

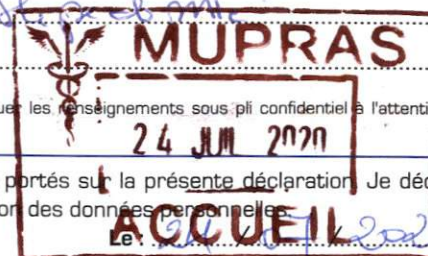
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : NR



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
14/07/20	CS		2000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.7.20	467,50

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'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC



Casablanca, le 14-7-20

PPC : 274 DH

Pharma S.A.R.L., Lotissement
Maarouf, Casablanca-Maroc

حائزة على دبلوم الطب الرياضي

حائزة على دبلوم التغذية والحمية

Lot : 3189
Mfg : 05 2019
Exp : 05 2022
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

LOT : 200113
DLUO : 03/2023
87,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutie
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

Nurition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

METROZAL®
Bérendazole 500mg
colte de 20 comprimés
PPV : 32.50 DH
6 118000 190967

GHE RRABO NAMIT

274.00

S.V.

74.00

1/ IBS

1 gel

Le matin
Avant repas

2/ Stresom

1 gel matin

S.V.

87.00

1 gel : 18h

3/ Relaxium 300

1 gel / Soir

S.V.

32.50

4/ Netrozol 500

1 cp x 2/

au milieu du
repas

S.V.

467.50

صيدلية الروداني

PHARMACIE ROUDANI

Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU

26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef

Maarif - Casablanca

Tel : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

درب الحرية، شارع سيدي عبد الرحمان، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com



Casablanca, le 23.7.2020.

• الطب العام

• حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

• حائزة على دبلوم الطب الرياضي

• حائزة على دبلوم التغذية والحمية

التغذية الوظيفية

• حائزة على دبلوم داء السكري

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

Diplômée en Médecine du Sport

Diplômée en Nutrition-Dietetique

Nutrition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

certificat médical,

Je soussigné docteur en
médecine certifie avoir
examiné le patient le 14.7.2020
la patiente GHERRAZI Naïma
dont le motif de consultation
est : anxiété et.

Trouble du transit. avec
des douleurs abdominales et
diarrhées. Traitement
symptomatique.

درب الحرية، شارع سيدي عبد الرحمان، بلوك 208، رقم 58 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

par ailleurs elle présente
présente des antécédents de
coronariopathies, et Dyslipémie
son état de santé menant
un Riton.

ce certificat si de la per
sema si va la ce ghe d.
dlat.

