

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- 062626

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANSOUR Ahmed
Date de naissance : 21/01/1949
Adresse : Lissasfa Lot Agg Urbaine N°46 Casa
Tél : 0669113067 Total des frais engagés : 150 + 298,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 24/11/2020
Nom et prénom du malade : CHALOUH Nalika Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : cystite
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 : 24/11/2020
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
24/11/2020			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL QODDOUS
Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir - CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

24/11/2020 298,60

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

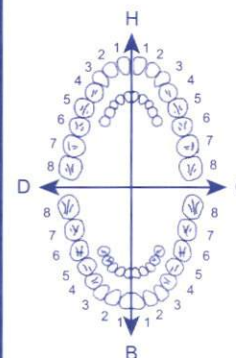
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

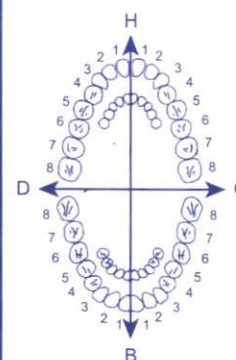
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL JABIRI MINA
MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة
الطب العام

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
E GÉNÉRALE

دبلوم الفحص بالصدى

LOT : 20E011
PER.: 06 2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 20E009
PER.: 05 2023

ca, le : 24/11/2020 : في

ORDONNANCE

LOT : 20E011
PER.: 06 2023
LOT : 20E009
PER.: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



MAN SOR MALIKA

83,20

1

Spectrum 500mg

replj (10r).

17,10.

x6g

Metformine 850mg

79.00

3-

Gynobien

replj

broos

1an toilette

PHARMACIE AL QODDOUS

Dr. Mme DINAR Aziza

Lotissement Youssra, Lot 115,

Zoubir - CASABLANCA

Tél: 05.22.93.26.75

LOT : 20E006
PER.: 01 2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



GYNOBIEN PH 8 200 ml
PPC : 79,00
Ut. Av. : 05/22
Lot : 01090522
KMK PHARMA

Docteur EL JABIRI MINA

Médecin Généraliste

N° 119 Lot Al Adarissa

Sidi Maârouf - Casa

Tél : 06 70 80 39 37

تجزئة الأدارسة رقم 119 - سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 97 37 25 / المحمول : 06 70 80 39 37

N°119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maârouf - CASABLANCA - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37

4]

D. am forte

n° 52

1 amp / 15j

pas 1 amp / mo

33,80

5]

Colpophine orale

Docteur EL JABRI Mina
In. Sec. It. Spécialiste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
Tél : 06 76 22 97 37 25



1 amp / 15j
juin

298,60

PHARMACIE AL QODDOUS

Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir - CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

Exp Date
FEB 2023

Lot/Batch
8P920

maphar
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel Zenete, Ain Sebaa
Casablanca - Maroc
COLPOTROPHINE 10 mg CAP VAG BT 10
P.P.V.: 33DH80
6 118001 180691