

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.

Radiologie 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

La 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie,

N° P19-0039379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ (14909) Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2953 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMAL HOURY
 Date de naissance : 26/12/1954
 Adresse : 90 Résidence Ferdous GH 22 2^e Etage N°7
 Oulfa CASABLANCA
 Tél. : 0670 532832 Total des frais engagés : 65,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 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 : 25 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) : Houry

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

PHARMACIE JAMAL
Etablissement Immobilier
AL FIRDAOUS
115/1m A 80 N° 1 Oulla
Tél: 0522 93 30 25

11/11/18

6570

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

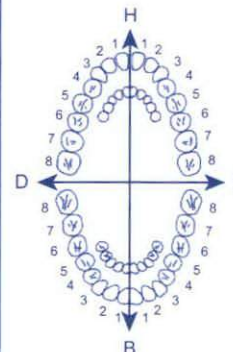
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

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

(Création, remont, adjonction)

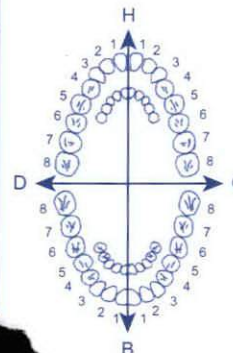
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE JAMAI

ENSEMBLE AL FIRDAOUS GH15, ImmA80 OULFA

DOCTEUR EN PHARMACIE

R.C : 355864

Patente: 36017228

T.V.A : 51507059

C.N.S.S: 7169221

Tél : 022933025

Le 11/11/2019

FACTURE N°792382

N° ICE : 000500261000009

N° IF :

HOURY AMAL

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	RHINOFEBRAL B/20 GELULES	14,30	42,90	2,81	7,00
2	BENADRYL FL 125ML	11,40	22,80	1,49	7,00
<div>PHARMACIE JAMAI Ensemble Immobilier AL FIRDAOUS GH 15 Imm A 80 N° 1 Oulfa Hay Hassani Casablanca Tél: 0522 93 30 25</div>					

TOTAL T.T.C :

65,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	65,70	Montant :	4,30	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante Cinq Dirhams et 70 centimes.**

رينو فيبرال®

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



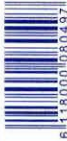
علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع آلام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL® 

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

LOT : 181518
UT.AV : 09/2021
PPV : 14,30DH

756.836.12.17

رينو فيبرال®

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



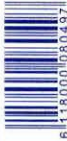
علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع آلام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL® 

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

LOT : 181518
UT.AV : 09/2021
PPV : 14,30DH

756.836.12.17

رينو فيبرال®

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



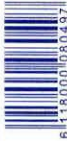
علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع آلام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL® 

20 GELULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de
chlorphénamine 3,20 mg
Acide ascorbique 100mg/gélule



PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

LOT : 181518
UT.AV : 09/2021
PPV : 14,30DH

756.836.12.17

LOT:

PER:

PPV:

M, 40

BENADRYL

LOT:

PER:

PPV:

M, 40

BENADRYL