

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.

adiologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

WD = 17114

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683Société : RATL Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : RACHIDI HassanDate de naissance : 05.07.1960Adresse : 15 Rue Sidi Ibrahîm Tounâïm AgdalQ. Palmer CasablancaTél. : 0661 31 72 67 Total des frais engagés : 1009,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

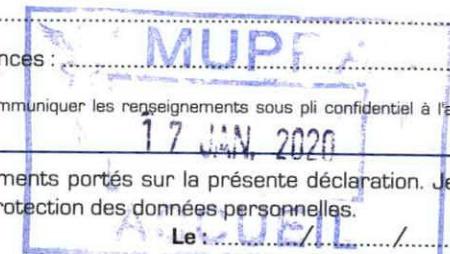
Nom et prénom du malade : Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
18/12/19	1003,60	PHARMACIE ALDOUSSE HARIBELLE ET WILHELM FARMACEUTICA EASPELANTA 1003,60

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

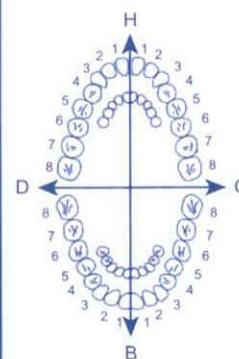
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE AL BOUSTANE
580 BD IBNOU SINA DB EI WIDAD H.HASSANI

 PHARMACIE AL BOUSTANE
Houda BELHOUCINE
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad
Hay Hassani - CASABLANCA
Tel : 05 22 90 33 97

R.C :410350

Patente: 35000342

TVA

C N S S 4326684

Tél : 05 22 90 33 97

Le 08/01/2020

FACTURE N°163853

N° ICE : 000827036000010

N° IF : 404 71 832

RACHIDI HASSAN

ICE N° ·

DROIT TIMBRE 0.25% BRUT TTC 0,00 - Remise 0,00 = NET TTC 1 009,60

Nombre d'Articles : 2 **TVA 7% Base :** Montant : **TVA 20% Base :** Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Neuf Dirhams et 60 centimes*



valable 3 mois

Le 18/09/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : RACHIDA HASSAN

Présente

Dokha

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Mais Mal

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. BENABDELLAH TARIKI Z.
Endocrinologue - Diabèteologue
Mme. Commissaire 1er Etage
Angle Route d'Azemmour
Casablanca Tel: 0522-333149

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

60 Comprimés pelliculés



Merck Serono

45,20

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

60 Comprimés pelliculés



Merck Serono

45,20

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



45,20

Voie orale

60 Comprimés pelliculés



Merck Serono

United Kingdom
Hertfordshire EN11 9BU
Hertford Road, Hoddesdon
Merck Sharp & Dohme Ltd.

جلاجوميت® / جلاجوميت® / جلاجوميت®

ستاغلپریم/چلورهیدراته متفورمینه؛

کمپریمیں پلیکولز؛ جلاجوميت®

۱۰۰۰ / ۵۰ mg

Janumet® 50 mg/1000 mg



Respecter les doses prescrites
احترم الجرعة الموصدة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
بمحض وصفة طبية - فاتحة 1
Liste - - Uniquement sur ordonnance



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
بصري - فقط بوصي - صحة طبية - لائحة 1
Liste I - Uniquement sur ordonnance

70027234/010414-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانوميت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مقلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد



Merck Sharp & Dohme Ltd.
Hertford Road, Hoddesdon
Hertfordshire EN11 9BU
United Kingdom