

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

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° P19-0036306

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05683 Société : RAL
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RACHIDI Hassan
Date de naissance : 05.07.1960
Adresse : 15 Rue Saeed benou Larain Ap10F
D. Palmer - Casablanca
Tél. : 0661347267 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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
18/12/19	1009,60	<div> <div> </div> <div> </div> </div>

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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	[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



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

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

R.C : 410350

Patente: 35000342

T.V.A :

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° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	T o t a l NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	JANUMET CO 50/1000MG 56U PELLI	437,00	0,00	437,00	874,00		874,00		
3	GLUCOPHAGE CO 850MG 60U GM	45,20	0,00	45,20	135,60		135,60		
<div>PHARMACIE AL BOUSTANE Houda BELHOUCINE 580, Bd Ibn Sina Derb El Widad Hay Hassani - CASABLANCA Tél. : 05 22 90 33 97</div>									
DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC		0,00	- Remise		0,00	= NET TTC	
								1 009,60	

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. : RACHID HASSAN

Présente M. HASSAN

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Plusieurs mois

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. BENABDES TABATI F.Z.
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Communale 1er Etage
Casablanca - Tél. 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



45,20

Merck Serono

Glucophage® 850 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



45,20

Voie orale



60 Comprimés pelliculés

Merck Serono

Respecter les doses prescrites
إتبعوا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1
يصرف فقط برحور - قائمة 1
Liste 1 – Uniquement sur ordonnance

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; comprimés

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;
سيتاغليبتين / ميتفورمين هيدروكلوريد



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Bolte de 56 comprimés pelliculés

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

70027234/010414-1



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

Respecter les doses prescrites
اخترعوا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1

يصرّف فقط بوصف طبيب - قائمة 1

Liste I - Uniquement sur ordonnance

70027234/010414-1



6

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

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

Janumet® 50 mg/1000 mg

جانيومت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليبين / ميتفورمين هيدروكلورايد



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