

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 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

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 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- 060292

WB-71259

☐ Maladie ☒ Dentaire

☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *12345* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : *ABU OBIDA KHADDOUJ*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession														

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-399684	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-399684

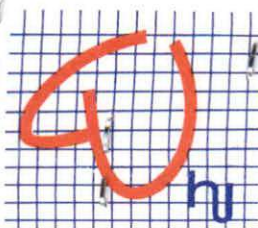
DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Y. ABOUBIDA Khadery	
Fonction :	Phones	50049	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		Khadery
Achérent	Conjoint	Enfant	Age
			86.8
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
E 1 G + (ECO)		300 DH	
PHARMACIE	Date		4/2/20
Montant de la facture	1515.80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Signature et
cachet du
Praticien
Mme SIBRI Arisa
Hassan - Casablanca
1617002289 88 98

CACHET



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الدكتور حسن جمعي
أمراض القلب و الشرايين

07 FEB. 2020

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Q. Abouobida Khoudj

162.60 x3

*

Nesiver 5

* Adafar 10 sur rot

4. Stelnox 1/29 au col

20.00 x3

*

Fi Tra 1/29

193.60 x5

*

fo lavance

Apr / 2020

1515.80

tu o3j

Mme SEBTEI Anissa
Pharmacie du Marché
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 0522 89 86 98

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaïma Sayeh
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél : 0522 39 31 01 - Fax : 0522 36 79 35
INP : 091080218

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

70055199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70055199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot :



PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

70055199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

70055199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ



6118001160471

Fosavance 5600 UI

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

PPV : 20,00

Exp :

N° Lot :

