

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 canaux, 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 canaux.

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



ND = 24683

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024360

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELAICHABDELLAH Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661390944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 17/12/19
Nom et prénom du malade : AMIR Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète Type 2 - Insulino-dépendant
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
17/12/19			2500	<i>[Signature]</i> Spécialiste Endodontologie 100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii Oujda - Tél: 0522 89 79 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i> PHARMACIE AL MADINA MONADIRA Dr. Aouf HAMMOUD Lot EA 257, immeuble N°1 Pôle Urbain de Nouadhibou Casablanca - Tél: 0522 94 11 11	17 DEC 2019 17 DEC 2019	829,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

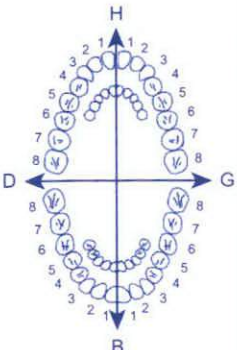
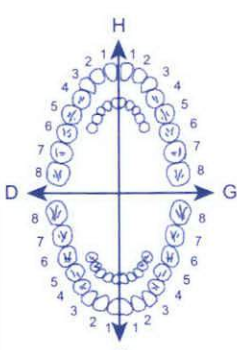
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAoui ZAHOUANI

د خديجة الشرقاوي زهوان

Endocrinologue - Diabétologue
Obésité - Nutrition

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد
السمنة - التغذية

Ex. Médecin Chef
National de Diabétologie

طبيبة رئيسة سابقا للمركز
الجهوي للسكر

10,40

10,40

Casablanca, le

17 - 12 - 19

NOUARY Samira

4x13,40

Levothyrox 50 (S.V)



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

split + 2ème

Levothyrox 50 (S.V)

3x6,80

Levothyrox 75 (S.V)

9x20,40

metformin 500 (S.V)

3x32,30

2g

Dr. Khadija CHERKAoui ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologue
Diabétologue
100, Résidence Al Ofoq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

Dr. Khadija CHERKAoui ZAHOUANI
Spécialiste Endocrinologue
Diabétologue
100, Résidence Al Ofoq Bd. Oum Rabii
Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

100, Résidence Al Ofoq - Bd Oum Rabii - El Oulfa - Casablanca

رقم 100 , إقامة الأفق - شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

Tél : 05 22 89 79 34

5x22,80

As price 100



3x54,20

As/3m
Purotendial



T=829,80

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V.: 10DH40

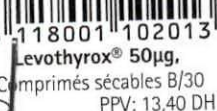


METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

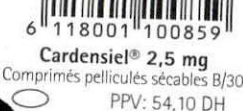
P.P.V.: 10DH40



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



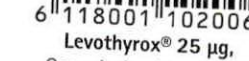
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V.: 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

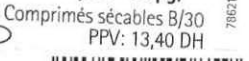
P.P.V.: 10DH40



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



HARMACIE AL MADINA MONA
Dr. Aoudia HAMDOU
Lot 527, Immeuble N°1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - Tél. 0522 5111

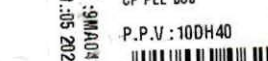
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V.: 10DH40



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V.: 10DH40



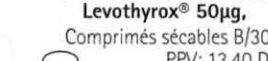
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

10,40

740 04 22
LOT PER
Prix 99,00

740 04 22
LOT PER
Prix 99,00

751 09 22
LOT PER
Prix 99,00

31,30

31,30

31,30