

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.



Declaration de Maladie

N° W19-473928

ND: 29538

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R.A.N

Matricule : 4161 Société : R.A.N

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse : 179 BOULEVARD RAHMANI IN L N°20
MAJMAH CASAB

Tél. : 066178656 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : HILAL HAKIMA Age : 56

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : UPRIS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JUN. 2020

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 18/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 09 00 05 04 2
	C G			CHABBAK Nawal Néphrologue HOU-ibn Rochd - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pourfesseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAYT AL FATH 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Ecousil Ain Sahba Casablanca Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 76 24 02 Email: alfaaf@yahoo.com	18/06/2022	2395,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

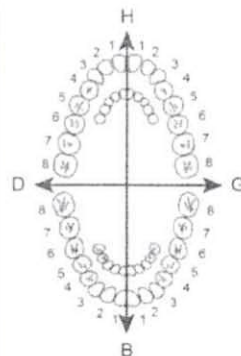
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

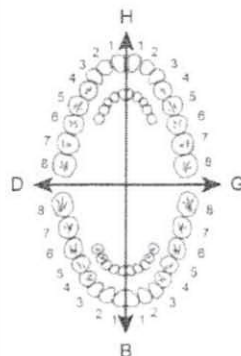
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE



Hôpital sans Tabac
 Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
 التدخين يقتل

Casablanca, le : 18/06/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Hilal Makr...

3x

1 - cortancyl 5mg
22.80

4x

2 - Cardensiel 2.5mg
54.10

2x

3 - Diamiergen 30mg
89.03

54.30

1x

4 - vit C 1000
24.70

4x

5 - Levothyrox 50mg
13.40

صيدان بن رشد
 PHARMACIE DAVI AL FATH
 N° 6 Ras Uddi Al Fath Casablanca
 Ain Sebba Casablanca
 Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 6 24 62
 E-mail: alifath@yahoo.com

Nawal
 Casablanca

3X

276 - Cardio Aspirine

4X

7 - Janumet

50/100

437.00 x 4

traitent de 3 mois

2395,90



22,80



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
de acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Vita C1000®

PPV 27DH70

EXP 01/2023
LOT 90060 1



22,80

22,80

54,30

89,00

particulier pendant le traitement.
tiale réservée aux spécialistes en cardiologie et

نواء خاصص لمراقبة خاصة أثناء العلاج
نواء خاصص لوصف أولي خاصص للمختصين في أمراض القلب والطب



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

7862160238

6 118001 100873



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
○ PPV: 58,10 DH

7862160239



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

7862160238

6 118001 100859



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

7862160238

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336