

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

Maladie chronique :

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008651

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3159 Société : ROM 52818

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 668-32 61 16 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-08651

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14	Signature de l'adhérent
Fonction	retraité	Matricule	3189	
Mail				

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient :	ABALAGH AOUACH	Age	01 / 01 / 1963	Date de la première visite	/ /
Nature de la maladie.	<input type="radio"/> Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					

RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
14.01.2021	C		150,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
14/01/2021	997,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution													

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :			DECLARATION N°		Cachet MUPRAS
			W		
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصبي

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le: 14.01.2021

سيدي إفني, في:

Mr, Mme, Melle: ABALAGH Aouicha

Tenar mme

33 x 4
= 332,4

Dudes

6890 x 3
= 2067

12 - volta

supp
rump 102

14 x 2
= 28

30 - Rhinathiol

24 x 2
= 48

100 - Piva

100 - Azo

RDV Le:

03 mois
Pharmacie EL OUAFAI
DROGUES BENMHAMMED
Tel: 05 28 87 59 96
Av. CAHILLAN Sidi Ifni
ICE: 004701294000068

RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 125 ML
P.P.V: 30DH00
LOT: 8MA059
PER: 11/2021
6 115000 061427

5972

07j

ودادية الفتح أمام الخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1922

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

Pharmacie
Dr. J. J. J.
Tél. 01.01.01
ADULTE

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1922

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seïda - Casablanca

Pharmacie
Dr. J. J. J.
Tél. 01.01.01
ADULTE



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



LP[®] **فلوكس**
30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد
العدد 15 مل

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المخصصة



56,89



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



LP[®] فلو دكس
30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد
العدد 15 مل

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



56,89



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Im. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد
30 حبة ملينة ذات تحرير ممتد
FLUDEX[®] LP
فلوذكس

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة II : لا تصرف إلا بموجب وصفة طبية

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



56,89



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

100 ملج
تينورمين
أينبول

0188

20E104 5 3



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

100 ملج
تينورمين
أينبول

0188

20E104 5 3



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

100 ملج
تينورمين
أينبول

0188

20E104 5 3



PELLICULES SECABLES

28 COMPRIMES



TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

١٠٠ ملج. يتورمين
أينبول

0188

20E104 5 3



pivalone® 1% 

Suspension nasale



مزیج انفی

التيكوكوريل

%1[®] پيڦالون

Composition

Pivalate de
tixocortol..... 1,000 g
Excipient q.s.p 100 g
Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension

LOT:

PER:

PPV:

24,45



pivalone® 1% 

Suspension nasale



مزیج انفی

التيكوكورون

%1[®] پيڦالون

Composition

Pivalate de
tixocortol..... 1,000 g
Excipient q.s.p 100 g
Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension

LOT:

PER:

PPV:

24,45

RAZON[®] 40 mg ○

14 Comprimés pelliculés
gastro-résistants



6 118000 140726

Pharmacie EL

Dr. Driss B. MH

Tél : 0

Av

7

Si

7

129

40[Ⓜ] رازون

بانتوبرازول 40 مغ

قرصا ملبسا مقاوما
لعصارة المعدة

14

LOT: 607

PER: 01/23

PPV: 100/00

2011

عن طريق الفم

 NOVARTIS

Voltarène®

100 mg

Diclofénac sodium

Pour adultes

Antirhumatismal, Anti-inflammatoire



Pharmacie
DESSA BENE
Tél. 01 20 31 29
ICL 00123129

10 suppositoires
100 mg

Voie rectale



PRELOT: M20021
PPV: 52,00 DH
JAN 2023