

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.

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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° P19-0043223

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres **59043**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1896** Société : **RAN**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **LAHLAM HICHE**

Date de naissance : **18/04/1964**

Adresse : **189 Bd Ghannouchi Casablanca**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **3/2/2021**

Nom et prénom du malade : **LAHLAM HICHE** Age :

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

Nature de la maladie : **Dépression + Anxiété - Club**

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 : **10/02/2021**

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
03/02/21	CK	C	200H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULMES LARAKI HAKIMA ANGLE BO SHANDI ET Y EL MANSOUR 360806	03/02/21	536,05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

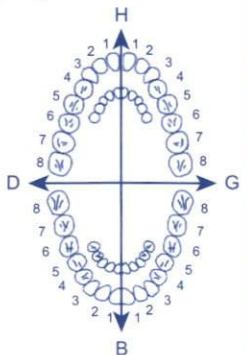
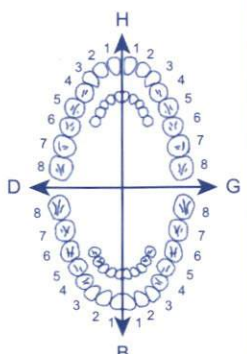
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée Prés des Tribunaux



الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : LAHLOU Aicha

Casablanca, le : 3.2.2021

1) x3 Escifer 26
126,00 19 de cdt 1 lot 2

2) x2 Teguma
45,00 19 de cdt

3) x2 Encubus
32,00 19 3 f. 15 at ep

4) x2 Kar 20
49,00 19 at ep de cdt

5) A ver eec f. 15
536,00 20 3 f. 15

LOT: 200421
PER: 03-22
PPV: 45,00DH

Lot: 3716A
EXP: 02.2025
PPV: 32,00 DHS

LOT: 200135
EXP: 01.2022
PPV: 126,00

LOT: 20158
EXP: 06.2023
PPV: 126,00

LOT: 20158
EXP: 06.2022
PPV: 126,00

Lot: 3716A
EXP: 02.2025
PPV: 32,00

Dr. Kabbaj BENCHERIF Noufissa
66, Rue Mohammed VI
Tél: 05 22 25 28 07

PHARMACIE OULMES
L'ARAKI HAKIMA
ANGLE BO GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

11. فضاء ماجوريل، زنقة أبو حيان التوحيدى، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 28 07

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5ème étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

BOTTU SA
PPV : 49 DH 00



En cas de douleurs internes,
intra-rectale est possible grâce
à amovible jointe à chaque tube.
COMPOSITION
Ficaria verna TM
Paeonia officinalis TM
Adrenalinum 3 DH
Amyleini hydrochloridum 1 DH
Lanoline, Vaseline q.s.p.100 g. Ex
effet notoire : lanoline.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES
Médicament homéopathique
traditionnellement utilisé dans le traitement
des hémorroïdes.
MODE D'EMPLOI
Appliquer 3 ou 4 fois par jour la pommade en
couche mince, après toilette locale.
Prolonger le traitement quelques jours après
la disparition complète des symptômes.

hémorroïdes

enoc®

BOIRON®



POMMADE

hémorroïdes

enoc®

BOIRON®



POMMADE