

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.

Pathologie 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0049012

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUBSI Mohamed

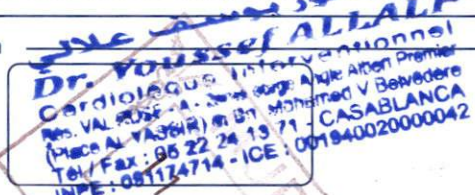
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666268795 Total des frais engagés : 1644,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13 JAN 2021

Nom et prénom du malade : E. MUBSI Mohamed Age : 19.16

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 : 12/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-049012

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 : 1644,40 DH

Date de dépôt :

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 Soins |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13 JAN. 2021 | Généraliste | | 3.000,00 | Dr. Kousser |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------|-----------------------|
|---------------------------------------|------|-----------------------|

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 | |

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

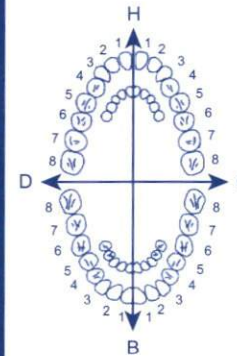
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

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

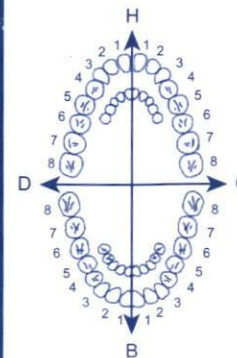
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION

Docteur Youssef ALLALI

Cardiologue interventionnel

Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris

Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle

Diplômé des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire

الدكتور يوسف علالي

أخصائي في العمليات التداخلية للقلب والشرابيين

حائز على دبلوم قسطرة القلب وتوسيع الشرايين بجامعة باريس

حائز على دبلوم الصدى بالألوان للقلب والشرابيين بجامعة باريس



Casablanca, le :

1-3 JAN. 2021

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BD GHANDI ET
Y EL MANSOUR 360806

العلالي فاتيما (ep) / مونسيت

149,20x4

1/ PRICOM 100: 1 cp + 1/2 cp (4 Bats)

49,40x3

1/ AMOS sing cp (3 Bats)

3/ Zotalol 50: 1/2 cp x 2

83,10 x2 (mbrn) Tenormine 100 1/2 cp (mbrn)

126,30 Argente 15: 1 sch / 8 (2 Bats)

13,40x2 5/ Clevo 50: 1/2 cp (2 Bats)

57,75 Bedeliox 1 cp / 6 (1 Bat)

16,60 1/1 Syntal 1 cp x 2 (1 Bat)

23,40x2 1/1 Parsonne: 1 cp x 2 (2 Bats)

INPE: 091174714

ICE: 001940020000042

الدكتور يوسف علالي
Docteur Youssef ALLALI
Cardiologue Interventionnel
Ancien cardiologue des hôpitaux de Paris
Diplômé des Universités de Paris en Cardiologie interventionnelle
Diplômé des Universités de Paris en écho-doppler Cardio-vasculaire
INPE: 091174714 - ICE: 001940020000042

79,90x2

1344,40

العنوان: إقامة فال روز - الطابق الثاني - زاوية شارع ياسر وساحة آل ياسر بقدير - الدار البيضاء
Adresse: Résidence VAL ROSE - A - 2ème étage Angle Bd Mohamed V (Boulevard du Premier) et Bd Mohamed V Belvédère - Casablanca

Tél: 05 22 24 13 71 - Fax: 05 22 24 13 71 - E-mail: cabinet.youssefallali@hotmail.fr

149,20
PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717

PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717 149,20

1
PPV 149DH20
PER 06/23
LOT J1717

149,20

PPV 149DH20
PER 11/23
LOT J3036

149,20

49,40

49,40

49,40

PPV 88DH70

207004 88,10

PPV 88DH70
207004 88,10

BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V: 57,70 DH
LOT : 20E013
PER: 03/2025



6 118000 010234

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 644821
PER: 02/22

Systral® Crème

PPV 16DH60
EXP 01/2024
LOT 80072 2



6 118001 102013

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



6 118001 102013

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

Lot: 200587
A consommer de
préférence avant le: 10/2025
PPC: 79,90 DH

A consommer de
préférence avant le: 10/2025
PPC: 79,90 DH

Qi Zenata Ain sebaa Casablanca
PAHSORAL GEL BUCCAL
T15 G
P.P.V: 23,00 DH



6 118000 012078

Pierre Fabre

T15 G
P.P.V: 23,00 DH



6 118000 012078

KALMAGAS®