

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

La 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° W19-596376

69151

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 86444 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hamiddine Lahcen

Date de naissance : 25/05/71

Adresse : Apt 231 Residence Riad America Hay Chock, Ain Chock Casablanca

Tél. : 06 59 79 16 84 Total des frais engagés : 1082,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2021

Nom et prénom du malade : Najid Phasaa Age : 44

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

Nature de la maladie : Gynécologie

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 : Casablanca Le : 24/02/21

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
24/02/20	Consultation	1	782,30	Dr Sofiane El Qods Gynécologue - Obstétricienne Bât. El Qods Riad El Qods, GH2 2 ^e étage, Apt 12, Ain Chock Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.02.20	782,30

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	

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 de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Per : 05/23
lot : 3584
Prix : 79.00 DH

Le numéro d'autorisation
du ministère de la santé
AUT N° : T13122018/UPCHC/DMP20

Date : 24 / 02 / 2021

VITAMINE C 1g ☒

Boîte de 10 comprimés effervescent

PPV : 14.80 DH

6 18000 190929

بحفظ بعيدا
sur et de l'humidité

Ordonnance

PPV: 168,20 DH
LOT: 645192
PER: 02/22

Rue HASNAA

N°171

168.20

1) Augmentin
26 x 2

2) Gaviscon
98 x 3

3) Hiber
130 x 1

4) Xénid
18 x 1

5) Dolip
16 x 2

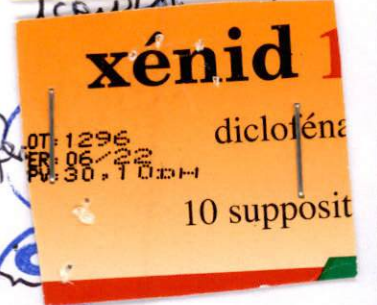
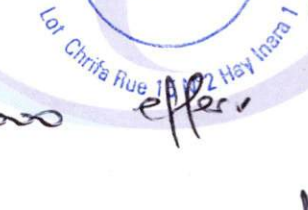
6) vit C
79.90

7) Fitobat
2 comp à val

8) Cautérisant spray
1 appli / 12h

102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca - Maroc / Tel : +212 522641400

Fax : +212 522860897 - Email : contact@internationalclinic.ma



9) Breakfast



stapp with chair

79.00

10) Da fhm 500

122.70

92

782.30

Dr Sofia Othmani
Gynécologue - Obstetricienne
Bd El Qods Riad El Qods, GH2
2e Etage, Appt 12, Ain Chock
Casablanca - Tél: 05 22 50 50 71



Fitolat[®]

À base d'actifs naturels

2012-2013
30 comprimés
Voie orale

Pharmalife
RESEARCH

Lot:
A consommer de
préférence avant le:

09/2025

PPC: 79,90 DH

LOT N°:
EXP:
P.P.V.:

20202A

03 2022

98,50 DH

هيبور[®]
3500 ٩٤ مضادة 0,2/٥ مل

بيميبارين الصوديوم

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml

Bémiparine sodique

2 seringues



6 118001 220212



حقن معبأة مسبقا
بمحلول للحقن تحت الجلد

2 حقنة معبأة مسبقا 0,2 مل