

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.

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 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- 060386
72620 ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

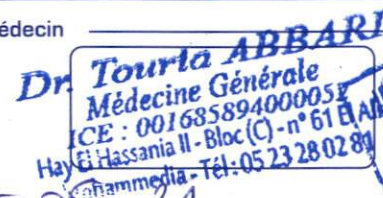
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0560 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MC. ABAKIL HAFID
Date de naissance : 1-7-1943
Adresse : LOT BNI-YAKHLEF L-R N° 49 MOHAMMEDIA
Tél. : Idem Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/21
Nom et prénom du malade : D. BLUZID Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Arthralgie, Venise
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 : B. y. Mohammed le : 31/05/2021
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
24/05/24		1	150	

Dr. Touria ABZARI
Médecin Généraliste
ICE : 001635894000372
Hy El Nassania II - Bloc C - n° 65414
El Hammadia - Tél: 05 23 28 02 88
09 1000372

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/05/24

334,90

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

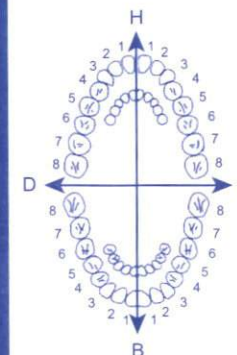
Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

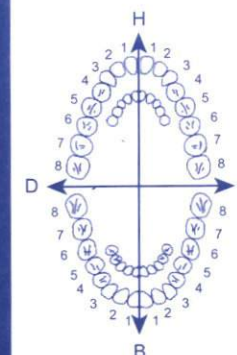
B

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Touria ABBARI

Médecine Générale

Diplômée en :

- Echographie Générale
- Gynécologie Médicale
- Suivi de Grossesse
- Colposcopie

ICE 001685894000052



ORDONNANCE

الدكتورة ثريا عباري

الطب العام

دبلوم في :

الفحص بالصدى

طب النساء

مراقبة الحمل

فحص عنق الرحم بالمنظار

Mohammedia, le :

27/05/21

D - BOUZID Fatima

- Amef 5

133.6

rel / p Amos

- Dione 60

76.2

rel / Voltar

42.1

rel / 2011

30.1

rel / No 401

53.1

rel / Relax

حي الحسنية، بلوك س رقم 61 العالية - الحمديّة - الهاتف : 05 23 28 02 81

Hay El Hassania II, Bloc "C" N° 61, El Alia Mohammedia - Tél.: 05 23 28 02 81

133,60

PER 07 23

42,00

e médecin qui fixe individuellement la posologie de l'indication
d'ad
té de
uctio
nalisé
votre
ous l
maine



6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg

Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

marqués.

nt
ar
bi
di
ui
ne

LOT : 20E024
PER : 11 2023

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20



P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

Relaxol peut augmenter la toxicité du chlo

Grossesse, allaitement et fertilité

Ne prenez pas ce médicament : • si

rites à la
levée (soit

11 20E024
PER : 08 2023

CP PELL B30

P.P.V : 30DH00



6 118000 061878

Le médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin.
L'utilisation prolongée de ce médicament est formellement contre-indiquée.
Au-delà de 3 mois de grossesse révoqués (au-delà de 3 mois de grossesse révoqués)