

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.

Educations :

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° M20- 0009029

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM 72857

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUTI DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habituée

Tél. : 06 22 49 92 77 Total des frais engagés : 1018,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Rachid SAIR

Cachet du médecin : 73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage (en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 19 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : AGOUTI DRISS Age :

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

Nature de la maladie : Diabète - pré-diabète

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 : / /

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
19 AVR 2021				

Dr Rachid EL ALAMI
 73, Av. Colonel Fakhri El Aïd
 (en dessous BMCE) Bouznafel - Casablanca
 Tél : 05 22 72 42 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/04/21	8184

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 :

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	
				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 00000000 G 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

DR. RACHID SAIR MEDECIN



الدكتور رشيد سائر
طبيب

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie - ECG

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونتبولى - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- إرتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

casablanca le : 19 AVR 2021 : الدار البيضاء في :


Handwritten signature

Handwritten notes and stamps:
 1445 D Recette
 4744 15
 23-5 3
 418 3
 870 3
 620 3
 8/8/40
 Stamps: PHARMACIE BENNANI Marjane, Rachid SAIR MEDECIN, 73 Av. Colonel Akid Allam 1er étage (en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca, Tél : 05 22 72 42 42


73 شارع العفد العلام - الطابق الاول (فوق بنك BMCE) بوزنازيل - البيضاء - الهاتف : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
 73, Av. Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - casablanca - tel : 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42

TEI
nde **PPV: 144DH50**

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucophage® 850mg 
30 Comprimés pelliculés



6 118000 080633

LOT : 20E012
PER: 09/2023

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC B50

P.P.V : 41DH80




6 118000 010227


63,00

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30


PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg 
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

83,90

83,90

63,00

63,00

B6
INT LOT: 210070
DLU: 02/2024
07.000H