

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.

Diagnostique 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 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° M21- 0051652

76328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2114 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ACHIR ABDELGHANI

Date de naissance : 1/1/1933

Adresse : 13 RUE MOUSSA EL AYDOUBI ETB2 ADJ4

BOURBOUENE OUSA

Tél. : 0678990025 Total des frais engagés : 300DH + 558DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RIMANI ALI
Psychiatre
CODE : 091024497

Date de consultation : 20 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lu-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 : 7 / 6 / 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

Dr. RIMANI
Psychiatre
CODE : 091024497

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

PHARMACIE EL FARABI
Mme LAHBABI BENNANI Amin

45 Bd de la République 35000 Lorient

Tél : 02 97 35 35 82

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

IC 510000000 35533411

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

A M

P C

I M

I V

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 :

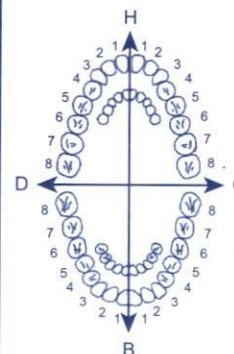
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

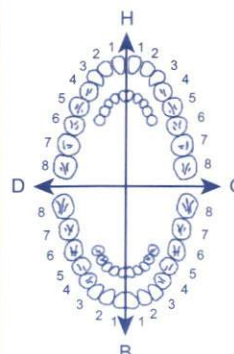
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		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'EXEC

Psychiatre

طبيب أخصائي في الأمراض
النفسية والعقلية

وصفة
Ordonnance

7/6/22

Ruthanne Larky

Aspirin 75 17249M

1/2 4m
A's
Lizapple 25 172508M

Handwritten signature and date: 1725/1/2

Vitamine B6	0,571 mg	29 %
Excipients	Par gélule	
Malto dextrine	250 mg	

Mode d'utilisation : 2 Gélules par jour

Fabriquée
par STRA
L. Les Lande
00 - Saint H

17252
RIMANI Ali
Psychiatre
DE: 091024497

RDV : 09/11

Résidence Normandie 2,

N°9 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57

180,00 Fluoxetine

17253M

Par gélule	
250 mg	
5 mg	
Lot	20273/ FC14
Exp	09/2023 PPC 84,70

La mélisse pos
L'association de
mélisse est de
et la fatigue.
Fabriqué en F
par STRAPH

84,70 x 2 = 169,40
84,70

200 - 100 (imp)

PHARMACIE EL FARABI
Mme LAHBABI BENNANI Amina
45 Bd 83, Casablanca
ICE: 00165418700019
Tél: 05 22 27 35 82

LOT 210310
EXP 02 2024
PPV 180,00

170,00

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd 83, Casablanca
Tél: 05 22 27 35 82
TP: 33601098 - ICE: 00165418700019
INPE 092004639

Dr. RIMANI Ali
Psychiatre
CODE: 091024497

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V: 41,50 DH

118000 012368

LOT: 038
SER: NAI 2023
PPV: 113 DH 50

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd 83, Casablanca
Tél: 05 22 27 35 82
TP: 33601098 - ICE: 00165418700019
INPE 092004639

UT. AV: 2023
LOT N°: 1299440

23 10
23 10

Par gélule	
250 mg	
5 mg	
Lot	20273/ FC14
Exp	09/2023 PPC 84,70

Je d'utilisation: 2 Gélules par jour
des végétales
complément alimentaire n'est pas un médicament

UT. AV: 2023
LOT N°: 1299440

23 10
23 10

6 118001 03007 1

Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV: 93,00 DH