

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



Déclaration de Maladie : N° P19-0008708

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9100 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUDNI Med Date de naissance : 09-12-65
Adresse : OULFA, Groupe U, Rue 25, N° 25 CABA
Tél. : 0661336979 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL AFIF Abdellatif
Chirurgien
CBP ALHASSANI-Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

MUPRAS
ACCUEIL
H. HAKANI

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

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
16/02/22		C	S	DR. EL AEEF Abdelatif

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

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

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 :

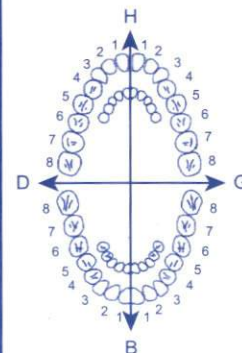
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

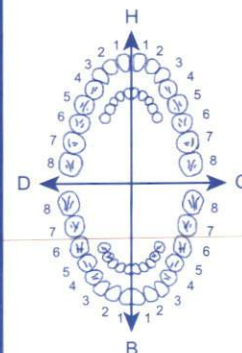
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

EL NADDEM

Casablanca, 16/02/2022

Nshamy

14.00

- Doliprane 1mg

66 - Azimycine 60mg

22.70 1cp/j

- Kinomicine Sachet

25 1sachet/j

- Drill sirop

22.70 1cs3/j

- Daflon 2cp/j

49.60 - D-cine forte

1 Amp/semaine

1 xailin gts.

36.70 2gts/j

- Mycoderme 1l. même

23.50 1app. 3x/j

- Dipolene 0.05% pommade

1 appx 4 le soir

PHARMACIE LOUKOS SARL
YOUNES BELAYACHI
125 127 Bd Oued Zoua Casablanca
Tél Fax: 05 22 90 51 02

PHARMAS
LOT : 3632
UT.AV : 09-24
PPV : 22DH70

PPV: 14DH00
PER: 11/22
LOT: I2696

LOT 200600
PER 09/25
PPV 66DH00

PPV: 49,60 DH
LOT: 00C02
EXP: 03/2023

MYCODE
LOT: 08021005
PER: 01/2026
PPV: 36,70 DH
Topique

122,70

PPV (DH): 25,00
LOT N°:
JT. AV. :

Drill
Toux sèche

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS



611 800115 012 0
DIPROLENE 0,65% Pommade 15g
P.P.V. : 23,90DH

brauchinformation beachten,
Kinder unzulänglich und nicht
mit anderen Arzneimitteln
gleichzeitig anwenden.
Nicht an Kinder unter 6 Jahren
geben.
Nicht an Schwangere und
Stillende geben.
Nicht an Patienten mit
Allergie gegen
Dipropionat oder
andere
Dipropionate
geben.
Nicht an Patienten mit
Allergie gegen
Dipropionat oder
andere
Dipropionate
geben.

H. HAN