

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.



Déclaration de Maladie

M22-0010859

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2913 Société : M9

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Résultat

Nom & Prénom : GH Abdel Lyamom ds

Date de naissance : analyses

Adresse : Médicament

Tél : 06 03 73 99 98 Total des frais engagés : 2381,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdelmalek AKIL

Spécialiste en Médecine Interne
Hay Inara1, Rue 12 N°12 Ain Chock
Casablanca - 05 22 50 84 43

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2022

Nom et prénom du malade : Mme Naïma HARROU Age :

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

Nature de la maladie : Asthme chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
27.05.22		Gr	300 DH	
15.06.22		Contrôle	—	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/22	1796,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/03/22		285 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

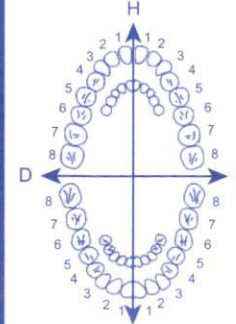
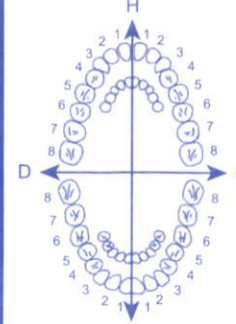
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur Abdelmalek akil

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Tél.: 05 22 50 84 43

GSM : 06 69 73 51 33



الدكتور عبد المالك عاكيل

إختصاصي في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف : 05 22 50 84 43

المحمول : 06 69 73 51 33

وصفة الدواء

Ordonnance

Casa le : 15.06.22 : البيضاء في :

Nom : M. Nassim HARROU : الإسم :

126.0x2

1. ESCIPLEX (4.10mg)

دواء حبة في بداية الفطور، مرة 3 شهري.

69.5x2

2. KALMANER (4.10mg)

كبولة قبل (المساء)، مرة 3 شهري.

149.50x3

3. CURARTI forte (4.10mg)

حبة وسط الفطور، مرة 3 شهري.

149.50x3

4. ARTINOV (4.10mg)

كبولة وسط العشاء، مرة 3 شهري.

89.50x2

5. D3 NORTH (4.10mg)

8 قطرات في اليوم تؤخذ مع الخبز قبل (المساء)، مرة 3 شهري.

6. DIOVENOR (4.10mg)

حبة وسط الفطور، مرة 3 شهري.

Lot: 210971
A consommer
avant le: 01/2025
PPC: 89,50 DH

Lot: 210971
A consommer
avant le: 01/2025
PPC: 89,50 DH

PPC: 149,50 DH

curarti forte[®]
comprimé

Lot : 315250
A consommer de 10/2024
préférence avant le :

PPC: 149,50 DH

curarti forte[®]
comprimé

Lot : 315250
A consommer de 10/2024
préférence avant le :

PPC: 149,50 DH

curarti forte[®]
comprimé

Lot : 315250
A consommer de 10/2024
préférence avant le :

133,60

133,60

133,60

ARTINOV
P.P.C : 149 DH
Lot n°: 02/25 Lot: AH22 B
BIOXPRT

LOT: 220274
DUO: 03/2025
69,00DH

LOT 220880
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 220880
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 220880
EXP 04 2024
PPV 126.00

LOT 220880
EXP 04 2024
PPV 126.00

Docteur Abdelmalek akil

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Tél.: 05 22 50 84 43

GSM : 06 69 73 51 33



الدكتور عبد المالك عاقل

إختصاصي في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف : 05 22 50 84 43

المحمول : 06 69 73 51 33

وصفة الدواء

Ordonnance

Casa le : 27.05.22. : البيضاء في :

Nom : Mme Naïms HARROU. : الإسم :

2 - Cholestérol Total, HDLc, LDLc.

Triglycémiémie,

Docteur Abdelmalek AKIL

Spécialiste en Médecine Interne

Hay Inara 1, Rue 12, N°12, Ain Chok

Casablanca - 05 22 50 84 43



Nom prénom : Mme Naima HARROU
Date de naissance : 07-08-1958
Prélèvement du : 31-03-2022 13:20
Référence : 2203312032
Prescripteur :

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 093062529

IF : 15235587

Facture – Relevé N° : 220300403

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Total
PSA	Prélèvement sang adulte	17.00 MAD
0110	Cholestérol HDL+ L D L	107.20 MAD
	Cholestérol	40.20 MAD
	LDL calculé	40.20 MAD
	Triglycérides	80.40 MAD
Total		285.00 MAD

TOTAL DES B : 200

 **LABORATOIRE AIN CHOCK**
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tél. : 0522 215 089

TOTAL A PAYER : 285

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

deux cent quatre-vingt-cinq dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.