

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 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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0024924

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société : R A M 149858
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAKRARI ALAMI
 Date de naissance : 1942
 Adresse : Hay 17y ABDELAH R 7 MOU8 CASA
 Tél : 0665405176 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 16.02.2023
 Nom et prénom du malade : SAHIL EL BATOUL Age : 76
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Ischémique - H.T.A
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/02/2023	REN	1	#150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/02/23	2938,00

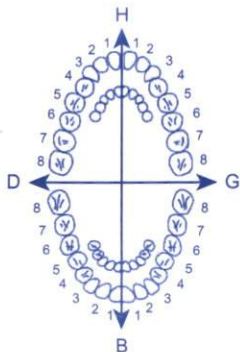
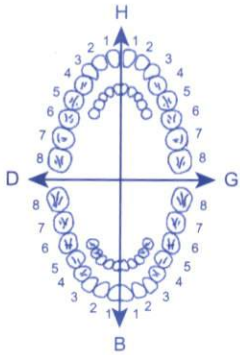
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

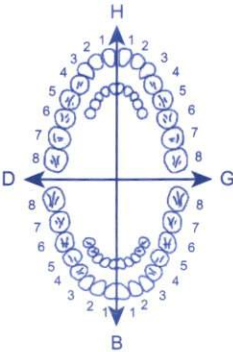
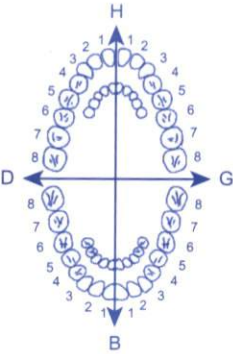
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

médecine Générale

الطب العام

Echographie
Circoncision des Enfants
Diabétologie
Ex. Médecin Militaire
Expert assermentée
Agrée pour la délivrance
des Certificats médicaux
des Permis de conduire
Autorisation, d'exercer N° - 7147 / 86

الفحص بالصدى - ختانة الأطفال
مرض السكري
طبيب عسكري سابق
خبير محلف لدى المحاكم
مقبول لتسليم شواهد
رخص السياقة
رخصة العمل رقم 86 / 7147

PHARMACIE AL AZHAR
DIOURI MOHAMED
133, Bd Taza Hay My Abdellah - Casa
Tél : 05 22 21 59 66

Tél : 05 22 21 64 58 : الهاتف

Casablanca, Le : 16/02/2023

SANIR - AL BATOUZ

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1
Ain Sebaa 20250 Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 1000/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 439DH00



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1
Ain Sebaa 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 1000/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



98.40x3
439

12 Apidra

8.0.1 x 3 ps / 1

74400

8.0.1 une ps / 1 x 3 mes

34.60 x 5

11/8 x 3 mes

3570 x 3

Kardegic 160mg

5810 x 7

Injection 160mg

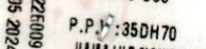
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70



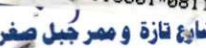
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70



KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. : 35DH70



زاوية شارع تازة و ممر جبل صفرو (رقم 50 سابقا) رقم 2 فوق صيدلية الزهار هي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء

Angle Bd Taza et Allée Djebel Saghro (Ancienne Rue 50) N°2 au-dessus Pharmacie Azhar Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca

En-Cas d'urgence Contactez le Gsm 06.63.09.08.50 في حالة الإستعجال اتصلوب

6^e Diplohtic

37.60 x 10 M/s

7^e fucide

39.70 x 10 M/s

2938.00

Dr. BOUJEDDANE TSOUL Abdelhak
Méd. Généraliste
Boulevard de l'Indépendance
Hay Mohammadia - Casablanca
Tél: 0522 71 04 58

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebaâ Casablanca
Apidra 100U/ml inj b1 sty
P.P.V : 98,40 DH
6 118001 081622

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

L01:225010
PER:04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V:34DH60
6 118000 060468

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ
39,70

LOT : 765
PER : JUN 2025
PPV : 37 DH 60

LOT: 742
PER: FEB 2025
PPV: 37 DH 60

LOT: 742
PER: FEB 2025
PPV: 37 DH 60

LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT : 750
PER : MAR 2025
PPV : 37 DH 60

LOT : 210731
EXP : 05/2023
PPV : 58,00

LOT: 742
PER: FEB 2025
PPV: 37 DH 60

LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT: 661
PER: NOV 2023
PPV: 37 DH 60

LOT : 22001
PER: 12/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT : 22004
PER: 01/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT : 716
PER : AUT 2024
PPV : 37 DH 60

LOT: 742
PER: FEB 2025
PPV: 37 DH 60

LOT : 21012
PER: 07/2025
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT : 22010
PER: 04/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT : 769
PER : JUN 2025
PPV : 37 DH 60

LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT : 211456
EXP : 10/2023
PPV : 58,00DH

LOT : 728
PER : NOV 2024
PPV : 37 DH 60