

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

N° W21-726453 *par conjoint*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 768 Société : RAM 171873

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN Mohamed

Date de naissance : 1945

Adresse : 106 Bd de l'ATLANTIDE POLO
Casablanca

Tél. : 0661174798 Total des frais engagés : 1216,78 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 NOV 2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-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 : Casa

Le : 24/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726453

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 768

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

1216,78

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

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP :

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 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE CALIFORNIE
ALAMI ALI
435 BD PANORAMIQUE CASA

Tél: 0522521999

Patente N°: 34016011
N° R.C. : 252326
Compte : 011780000070200000269113
CNSS : 2589078
Id.Fiscale : 51002235
ICE : 001639632000057

Le : 21/07/2023

BENCHEKROUN MOHAMMED

FACTURE : 15707 du : 21/07/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	ALTIAZEM 60MG BT/50CPS	89,00	178,00	0,00%
3	CARDIOASPIRINE CPS	27,70	83,10	0,00%
2	COSTAL 10MG BT/30CPS	57,80	115,60	0,00%
3	GLUCOPHAGE 850MG X 60 CPS	45,20	135,60	0,00%
3	MICARDIS 40MG BT/28	168,80	506,40	0,00%
2	OEDES 20MG GELULES BT/28	99,00	198,00	7,00%
Total TTC			1216.70	

Arrêtée la présente facture à la somme de :MILLE DEUX CENT SEIZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	1 018,70	0,00	1 018,70
7.00%	7,00	185,05	12,95	198,00
		1 203,75	12,95	1 216,70

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg
50 comprimés
PPV 89DH

altiazem chlorhydrate

ألتيازيم 60 مجم
ديلتيازيم هيدروكلوريد



118001 150014

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

COSTAL® 10 mg

Atorvastatine (DCI)

10 comprimés pelliculés

LOT : 221779

EXP : 11/2025

PPV : 57,80DH

* VIGNETTE

ALTIAZEM® 60 mg

50 comprimés

PPV 89DH



MICARDIS 40mg

(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

P032001-002

PPV : 168 DH 80

(Telmisartan)
28 comprimés

MICARDIS 40mg



MICARDIS 40mg

(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH

P032001-002

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

LOT : 221779

EXP : 11/2025

PPV : 57,80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

Glucophage® 850mg

60 Comprimés pelliculés

45,20

LOT 211486
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

DEDES 20mg

28 gélules

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH