

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

M23-0015341

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3002 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAANANI BOUAZZA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZBIRI Fatima
Médecine Générale
Imm 8 N° 2 Zone D
Residence Chabab Ain Sebaa
GSM 05 22 74 69 36, Casablanca

Date de consultation : 27 / 09 / 2019

Nom et prénom du malade : El belkhaloui Kenia Age:

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

Nature de la maladie : HTA, DTA, diabète - cyphose

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) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
27/09/23	a	1	6000 F	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. ROUKABE DOUHEIR Km. 13 Roukaba Douheir Sidit Beni Abdallah Tel: 09 22 73 52 60	27/09/23	625,23

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

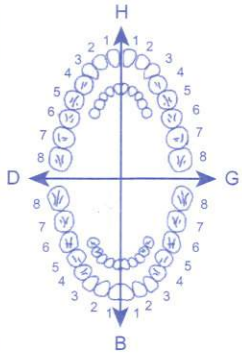
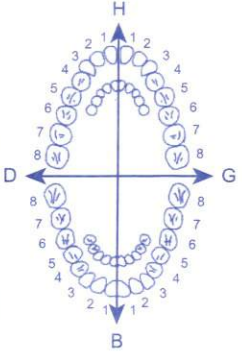
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



الطب العام

الفحص بالصدى

ECHOGRAPHIE

MICRONUTRITION

PHARMACIE FEDDAN EL KHEIR

Dr. KOUKAB Douni التغذية الدقيقة

Km. 13 Route de Rabat

Sidi Bernoussi

Tél.: 05 22 73 51 60

Hal-Henri

phase 1000

Chamirum 30

71.60 x 3 10
- 1000

27. gli vi ar

Wie in Nettopreis

27.12 - Brovanci 700

ult w lewne 5/10

2293. Loperus

SPRITIME
Médecine Générale
Im 18 N° 2 Zone D
Résidence Chabab Ain Sobaa
654 05 21 74 69 36/Casablanca

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

EXP 04/2026
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081

EXP 04/2026
PPV 28.00

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

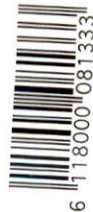
Glucophage® 100
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



EXP: 03/2027
Lot: 601N9M



10/6,25 mg,
30 comprimés pelliculés B/30
V: 71,60 DH

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00DH



6 118000 081333

EXP:
Lot:

05/2027
601TE2



LODOZ 10/6,25 mg,
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 71,60 DH

7862160249

LOPERIUM® 2 mg
Lopéramide
20 gélules



6 118000 040521

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alverine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V.: 40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118000 100293

VN9165
03-2023
03-2026

LOT: M0977
PER: 02/2025
PPV: 87,00 DH

LOT 230750
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

Fab:
صنع:

EXP:

1136 10 2022
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

PPV: 22DH90
PER: 07/26
LOT: M2579