

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W21-822728

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06402	Société : RAM	<i>(Handwritten signature)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AKIERZOUL DRISS
Nom & Prénom : AKIERZOUL DRISS			
Date de naissance : 09.02.1965			
Adresse :			
Tél. : 0673725431 Total des frais engagés : 1159,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : HAMIRANI KHADIJA Age : 51 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> 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 : **DEZOUA** Le : **07/02/2024**
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-822728	
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 : 6402	Nom de l'adhérent(e) : AKERZOUL
Total des frais engagés : 1159,00	Date de dépôt : 07/02/2024

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N°50 Lot Khadija 2 Derb Tél: 0622515869 INPE: 062071030	05/12/18	1159,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PR

Dette Eli Lili Papen Pays-E Thibalil المغرب Laborat. 27182 Bi Fabricant LILY FRAI 2, Rue du 676740 Fegers et Elili Italia

**Humalog® Mix25
KwikPen™**
Suspension injectable
1 stylo de 3 mL
SOTHEM
B.P. N°1; 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 110/17 DMP/21/INRqr

A standard linear barcode is positioned above the number 6118001071524.

LOT D564733AJ.7
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

PPV 777.00 DH
UT AV 08 2025
LOT D564733AJ:1

11

LOT D564733AJ.1
UT AV 08 2025
PPV 111.00 DH

Humalog® N 10x
KwikPen™
Insuline humaine
1 000 U/ml
SOTHEIMA
B.P. 4171 • 27128 Bourgougnon, Maroc
A.M.M. N° 110/17 DAMP/21/NQ
6 118001 071524



PHARMACIE EL FAIZ

50 LOT KHADIJA 2 DEROUA

DR ELFAIZ

R.C :21908

Patente:55800221

T.V.A :

Tél : 05 22 51 58 69

Le 05/02/2024

FACTURE N°202405

N° ICE : 002029128000017

N° IF : 25001081

KHADIJA HAMRANI

ICE N° :

Qté	Désignation	PPH Unitaire	% Remise	PPH NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	VIPDOMET 12.5MG/1000MG/56CPS	413,00	0,00	413,00	826,00		826,00		
3	INS HUMALOG MIX 25 KWIKPEN STY	111,00	0,00	111,00	333,00		333,00		

PHARMACIE ELFAIZ
N°50 Lot Khadija 2 Deroua
Tél:05 22 51 58 69
INPE:062071030

DROIT TIMBRE 0.25%

BRUT TTC

0,00 - Remise

0,00 = NET TTC

1 159,00

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Cent Cinquante Neuf DIRHAMS.

Vipdomet®

Benzoate d'alogliptine
Chlorhydrate de metformine

12.5 mg/1000 mg

56 comprimés pelliculés

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00



Vipdomet®

Benzoate d'alogliptine
Chlorhydrate de metformine

12.5 mg/1000 mg

56 comprimés pelliculés

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

