

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

203684

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10115 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rachid Berrada

Date de naissance : 1937

Adresse : Hay Nadoraine au 16 N° 15 Almoula

Code Postal : 20000

Tél. : 0698588165 Total des frais engagés : 11129,3 DA H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr SAADI HALIMA
Hepato-gastro-
et Proctolo-
INPE: 121248983

Date de consultation : 18/04/2024

Nom et prénom du malade : Hassan Fathia Age : 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie chronique

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 : 18/04/2024 Le : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : Rachid Berrada

RELEVE 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
18/04/2024	CO			Dr. S. A. T. H. 2024 sepatu-gas110 et Procto NPE: 121248983

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 104 Mandarouna Rue n° 10 Ain Chock Casablanca PHARMACIE RANIA Dr. Jamal HILAL en pharmacie	18/04/2024	11291.30

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Le: 18/04/2024

for Harak Fatima

$$1308 \times 4 = 5232$$

1100hrs 25

(N=4)



$$134 \times 0 \times 4 = 5376$$

2) *lornithroa*

50 (W⁴)



3) Brackets 60

(N^o 2)

138,1

41 & regular 100

183



TSR

$$91,80 \times 2 = 183,6$$

5/ Xalatan Collyre (N° 2)
1 goutte 1/5

F3M

6/ Sinvacol 40

483

112913



~~DISPENSARIA HILLAL~~
~~24h/24h~~
~~Hepato-Gastro~~
~~et Procto-rectale~~
~~INPB: 2121248983~~



ORDONNANCE

LOT/EXP.:

HM8333

HL2489

08/2026

PPV 91DH80

Le :

LOT/EXP.:

GW7811

GN6464

10/2025

PPV:91DH80

78,70

78,70

73,40



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PPV 13,40 DH
PER 05/26
LOT M1801

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220833
PER : 11-2024
PPV : 

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220833
PER : 11-2024
PPV : 

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220833
PER : 11-2024
PPV : 

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 220833
PER : 11-2024
PPV : 