

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse 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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0030437

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5201 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zouhaoui Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3.10.2018

Nom et prénom du malade : Zouhaoui Mohamed Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

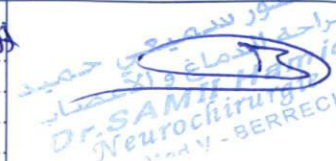
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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
3/10/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/10/19	1423,50 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

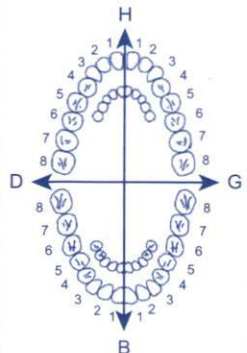
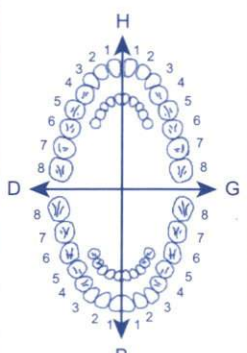
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Docteur SAMII HAMID

Spécialiste de Neurochirurgie
Spécialiste des maladies
Du Cerveau et de la colonne vertébrale
Ex. Attaché C.H.U Avicenne Rabat
Ex. Attaché C.H.U Timone Marseille



2465
الدكتور سميعي حميد

إختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمود الفقري
جراح سابق بمستشفى ابن سينا الرباط
جراح سابق بمستشفيات مرسيليا فرنسا

برشيد، في 3.10.2019 Berrechid, le



061171765

ORDONNANCE

Zoullal

10/10/20

23/80

3x As Karli 1600

1 - 1 + 1

Al mantis 1000

45/100

on Dozal 10

3x 81,90

2x 298

3/24 x 4/14

B.d Mohamed V Berrechid - 47 diour essaf 1^{er} étage

Tél.: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 19

E-mail: mr.samii.hamid@gmail.com

شارع محمد الخامس برشيد - 47 ديور العساف الطابق الأول

الهاتف: 06 34 27 26 28 - 06 59 12 13 19

البريد الإلكتروني: mr.samii.hamid@gmail.com

Handwritten signature

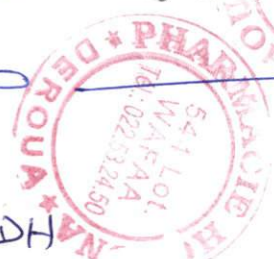
186
2025



13,80

10 gtt

1423,90 DH



الدكتور سمير حميد
جراحة الدماغ والأعصاب
Dr. SAMI Hamid
Neurochirurgie
17 Bd Abd V - BERRACHED

PPV 479DH00
PER 03/20
LOT HB27-2

DOZYL 10 mg
Donépézil
28 comprimés pelliculés



LOT: KA90224
PER: 11-2020
PPV: 81,90 DH

23,80

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH00
EXP 07/2021
LOT 96005 2

ASKARDIL 160 mg
30 comprimés dispersibles



ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH00
EXP 07/2021
LOT 96005 2

ARMATIQUE - COMALÉTIQUES
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC

ASKARDIL 160 mg 30 comprimés dispersibles
6 118000 033196

13,80

Lot:
Per:
PPV:

30 x قرصا ملبسا

LOT: KA90224
PER: 11-2020
PPV: 81,90 DH

Ispérid® cooper 1 mg
30 comprimés



ريد كوبر
ريسبريدون

30 x قرصا ملبسا

LOT: KA84429
PER: 11-2020
PPV: 81,90 DH

Distribué par Roche S.A.
Sidi Med Ben Abdellah
Iviro 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
V.: 298,00 DH



Distribué par Roche S.A.
Bd. Sidi Med Ben Abdellah
Iviro 05, Casablanca Marina
MADOPAR 200/50-100 comprimés
P.P.V.: 298,00 DH



مدة صلاحية 24 ساعة
ملاحظة: قرصا ملبسا