

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° M21- 0010269

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim
Date de naissance : 01/01/1949
Adresse : CASA
Tél. : 06.63471851 Total des frais engagés : 1584,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Abdelkader ELMADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bne Lamdeun Casablanca
Tél. 05 22 21 11 12 INPE : 091057711
Date de consultation : 02/12/2024
Nom et prénom du malade : N. BOUKDOUR Brahim Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète sucré, hypertension, obésité, reflux
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 : 02/12/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02 DEC 2014	C	4	150,00	 ABDELKADER ELMAHALLI CLINIQUE GÉNÉRALE 1, Panoramique Casablanca TPE: 09 105 77 11 1994

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Oases Mme. LAIRICHI SAMIA 258, Boulevard de l'Oasis 22 98 85 17 - Casablanca	21/12/21	1484,50

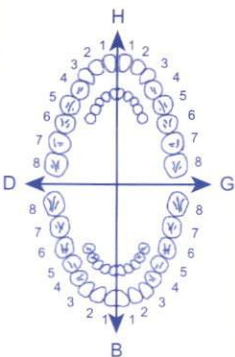
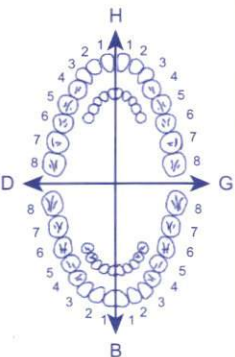
[illegible][illegible]

RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

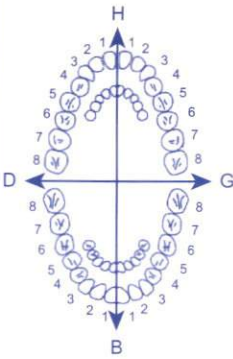
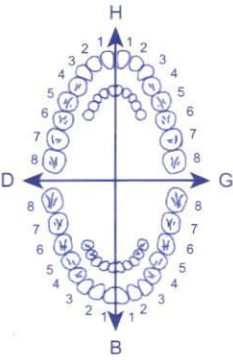
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411 21433552 00000000 00000000 11433553 G B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 02-12-2012 الدار البيضاء في

LEUIM (A) 25 11 8 cm

Di (A) 1/2 V x 21.5 cm

GU (A) 8.5 cm

20 U (A) 5.5 cm

S. (A) 11.5 x 4.1 cm

Pharmacie des Cygnes
Mme LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Oasis
Tél.: 05 22 48 85 17 - Casablanca

153 Rue 25 Bd. Panoramique Ben Lamine Casablanca بين المدن الرقم 25 الزنقة 153 شارع بانو داميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف 001778217000037 - INPE : 091057711
Tél.: 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

Levemir® FlexPen®
100U/ml
solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 841 DH



6 118001 121281

LOT 201452
EXP 11/2025
PPV 45.20DH

45,20

LOT 200249
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 201452
EXP 11/2025
PPV 45.20DH

Voie
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,00 DH



ID: 688047

6 118001 141548

crème

Voie
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH



ID: 647623

6 118001 141548

crème

Voie
cutanée

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH



ID: 647623

6 118001 141548

crème

LOT

LOT 2101507
EXP 2024/01
PPC 65 DH

89,00

PPV: 34DH70
PER: 09/24
LOT: K2660

89,00