

POINTS IMPORTANTS 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.

Education :

- 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 :

- 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.
- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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- 0043565

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAIT HARIBA EP/BAKO'D

Date de naissance : 1957

Adresse : N° 22 RUE 40 Lot sidi'ABD RAHMANE BULFA

Tél. : 0662247318 Total des frais engagés : 2860 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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.

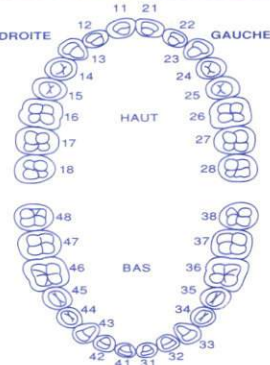
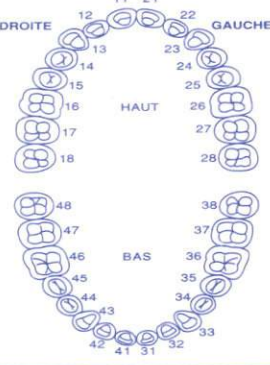
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 27 SEP Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|
|  | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|----------------|------------------------|-----|
| VOLET ADHERENT | | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° | | P17/0066777 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |
| Cachet MUPRAS | | | |



P17/0066777

DATE DE DEPOT
/ /201

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 3220 |
| Nom & Prénom | | H. P. T. Hachib. épouse BAKOU - M. |
| Fonction | Retraité | Phones 0662247318 |
| Mail | | Lot Sidi Abdelrahman Rue 10 N°22oulfa |
| MEDECIN | Prénom du patient H. P. T. Hachib | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> |
| Age | 1957 | Date 29.08.19 |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite |
| Diagnostic S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| C2 | | 250 DH |
| PHARMACIE | Date 29/08/2019 | |
| Montant de la facture | 2610,00 | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | |
| | CACHET | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date |
| Nombre AM PC IM IV | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | CACHET |

Docteur.BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدركتورة ف.ز. بن عباس (التعارف)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

HARITE Habiba

Casablanca, le 29.08.19

CoAmavel 2 mg 

125,00 x 9.
3 mg

1 ep x 3 1 Jan au 14

Jammia 200 

393,00 x 3

1 ep au 14

Auller 20 

102,00 x 3

1 ep au 14

2610,00



Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Imm. Communal 1er Etage
Angle Route d'Azemmour - Tél.: 0522 93 31 49

74786/120514-1
ANM 121/140MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
ANM 121/140MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
ANM 121/140MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

LOT: 18320
PER: 09-2021
PPU: 102,00 DH

125,00

LOT: 18320
PER: 09-2021
PPU: 102,00 DH

125,00

LOT: 18320
PER: 09-2021
PPU: 102,00 DH