

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0035345

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1241 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite 1949/17
Nom & Prénom : Zineb THAILI
Date de naissance : 24/02/1948
Adresse : Hayouf ANISSINI Rue 22 N/18/20
Tél : 0661 418487 Total des frais engagés : 2899 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/2024
Nom et prénom du malade : Zineb THAILI Age : 75
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Cécité bipolaire
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 : CASABLANCA Le : 01/02/2024
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
01/02/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUDOUR 115 Rue de la République 35000 Lorient Siège Social Cascadans Fax: 05 22 86 04 68 - Tél: 05 22 86 04 67 RC: 25151111 - ICE: 00144847 INPE: 09	01/02/24	2399,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

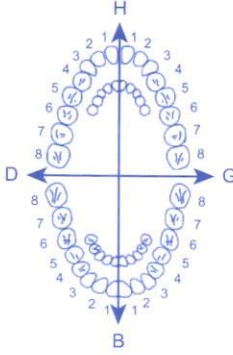
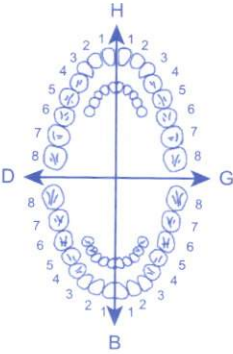
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

ORDONNANCE

01/02/24

Mu Thar: Tinef

(7)

1) Tiam 2g 18 mg

PHARMACIE AL BOUDOUR
SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca: 115 Rue de Sebta
Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67
R.C.: Cas 222 231 - IF: 40464164

2) Cipor 200mg 2g 18 mg

Sinon

Aula 400mg 2g 18 mg (J1)
200mg 2g

3) April 10mg 1g
Aig 03

01/02/24

Pharmacie

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl Al
115, Rue Sebta Qu. des hôpitaux, Casa
pharmacie al boudour casa pr. a. m.
Tél: 05 22 86 04 68 / 80 64
Fax: 05 22 86 04 67 - IF: 404641
RC: 252 111 111 - N° 001 111 111

5x233,00
534,00

(S.V.)



1) Travaux 2 gls T.A

Ag. Arg. to

5x373,00
1865,00

(S.V.)

2) Travaux. T. ou. arg.

Arg. 13 pl. 7 ps

3) Apud 1 ou. arg. 13

PHARMACIE AL BOUDOUR

SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca : 115, Rue de Sebta
Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67
RC: Casa 252 111 111 - IF: 40464164

T = 2399,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg perf fl 100ml
P.P.V : 373,00 DH



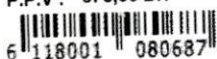
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg perf fl 100ml
P.P.V : 373,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg perf fl 100ml
P.P.V : 373,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg perf fl 100ml
P.P.V : 373,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 600mg perf fl 100ml
P.P.V : 373,00 DH



ترياكسون

سفترياكسون عبر الوريد

2 غ

عبر الوريد



1 قارورة من المسحوق
لمحلول للحقن بالتسريب

مدة 48 ساعة
صباح 8 زوال 8 مساء 8



COOPER
PHARMA

LOT: V-04-5
PER: 07-2026
PPV: 239.00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر الوريد

2 غ

عبر الوريد



1 قارورة من المسحوق
محلول للحقن بالتسريب

مدة 4 ساعات
صباح 8 - زوال 12 مساء



COOPER
PHARMA

LOT : S-09-3
PER : 09-2024
PPV : 239,00DH

ترياكسون®

سفترياكسون عبر الوريد

2 غ

عبر الوريد



1 قارورة من المسحوق
لمحلول للحقن بالتسريب

مدة 22 ساعة
صباح 8 زوال 12 مساء 18



COOPER
PHARMA

LOT: W-04-5
PER: 07-2026
PPV: 239.00DH

ترياكسون

سفترياكسون — عبر الوريد

1 غ 10/مل

عبر الوريد



1- قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.V.
1g/10ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265



COOPER
PHARMA

LOT: V-08-1
PER: 06-2026
PPV: 106,80DH

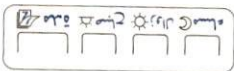
LOT: 4-08-1
PER: 06-2026
PPV: 106, 80DH

COOPER PHARMA



Flacon de poudre + ampoule de solvant

TRIAxon® I.V.
1g/10ml



1 قارورة من المسحوق + 1 محلول للحقن



سيفترياكسون ——— عبر الوريد

بيكساكسون

