

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hor
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-835479

206698

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2450 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELLOUJANI Mohamed

Date de naissance : 13/09/1953

Adresse :

Tél. : 0600 362 487 Total des frais engagés : 271,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Cardio

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : HTA

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 : 26/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOIET ADHERENT

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/05/2026	29143

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	

Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Le praticien

Importance

Veuillez joindre

SOINS

CARDIO ASPIRINE® 100 mg

Acide acétylsalicylique

Aspirine 100 mg/30cps

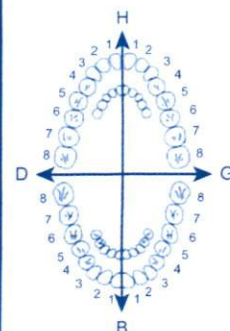
de acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

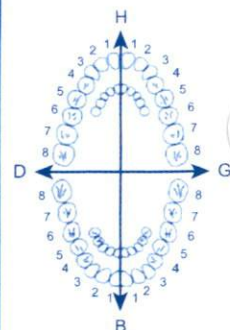


30 comprimés gastro-résistants



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERM



Lot:

PER:

PPV:

T35642A

05/2026

72.00 DH

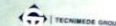
Lisor

Lisorexil/Ambroxol

10 mg/5mg

30 comprimés

Voie orale



00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Montant

Fonction

Comp. : 1 comprimé contient 100 mg d'acide acétylsalicylique excipients qsp un comprimé

Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

كل قرص يحتوي على 100 ملغ من حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يكفي من السواغ لقرص واحد

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

CARDIO ASPIRINE® 100 mg

Acide acétylsalicylique

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 comprimés gastro-résistants

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

L'EXECUTION



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C :325695 Patente:36167275
T.V.A :15250952 C.N.S.S:6181242
Banque:BMCI 0137800110401384100187
Tél :0522973223

Le 20/05/2024

FACTURE N°1108765

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	CARDIOASPIRINE 100 MG 30 CPS	27,70	55,40		
3	LISOR 10MG/5MG 30 CPS	72,00	216,00		
<div>PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7 Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46</div>					
TOTAL T.T.C :				271,40	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Soixante-onze Dirhams et 40 centimes.