

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.

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 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



☒ Maladie

☐ Dentaire

Déclaration de Maladie

N° P19- 0041672

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. HAMDI MUSTAPHA
Date de naissance : 01/01/1951
Adresse : 5, Rue KADI JASS Apt N°6 TAARIF CASABLANCA
Tél. : 06 70 64 28 60 Total des frais engagés : 1391,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation :
Nom et prénom du malade : JAWHARI JAMILA Age : 59
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Bronchite
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 : 11 Mars 2020
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
05/03/2020	CK	1	2000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/2020	1191,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

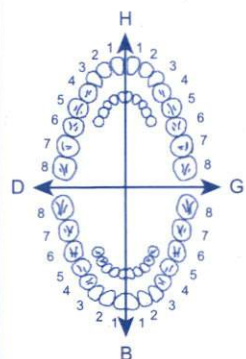
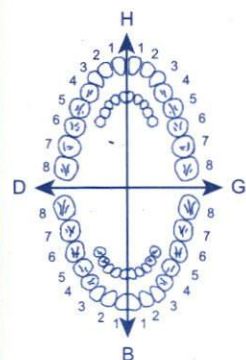
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert assermentée près des tribunaux

Nom : JAWHARI. SANILA

الرئيسة (القبايج) لن (الشريف) نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le : 05.03.2020

1) Couprovel 150/125

134,30 x 3 x 15
= 402,90

2) Kardegic 160mg

→ 8 amidi Audrop

3) Celycephage

→ 3 flt apup.

4) Sachet 20

103,40 x 3
= 310,20

5) D. Cure. forte

→ amp 1 mois

6) Augmentin 500

138,30 x 2
= 276,60

7) Doliprane

→ 2 flt apup.

8) Drift

→ cas 3 flt

9) AP praz 0,5

→ 1 flt

T = 1191,60

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Co-aprovel 150mg/12,5mg
b28
P.P.V : 134,30 DH
6 118001 081028

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 350DH70
6 118001 081189

PPV : 138,30 DH
PLOT : 612496
PER : 02/21

Uniquement
R LES DR

AUGMENTIN 500 mg/82,50 mg
32 comprimés pelliculés
6 118001 161288

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN ADULT
500mg/82,50mg
32 Comprimés pelliculés

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue des Héros

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa
Médecine Générale
66, Rue Ahmed BARAKAT
Face au Marché du Maarif
Tél : 05 22 25 28 07

156 424 261

Alprazolam
Alp

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT
EXP
PPV

192014 1
09 2022
35.70

Alprazolam
Alp



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables

LOT 192014 1
EXP 09 2022
PPV 35.70



maroc
AROC
asablanca, Maroc.
NNP



00 000 UI

CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 19L02/8

EXP: 12/2022

Glucophage® 850 mg 

60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

45,20



erck Serono

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40
6 118000 250807

Laboratoires
Pfizer S.A.

PC: 03400934306815

EXP: 10/2021
Lot: CK864
SN: --

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40
6 118000 250807

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR® 20 mg
comprimé pelliculé

PC: 03400934306815

EXP: 10/2021
Lot: CK8642
SN: --

TAHOR 20MG 28 CPS
P.P.V : 103DH40
6 118000 250807

Laboratoires
Pfizer S.A.

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR® 20 mg

PC: 03400934306815

EXP: 10/2021
Lot: CK8642
SN: --

Emballage scellé. Ne pas utiliser si la boîte a été ouverte.

TAHOR® 20 mg
comprimé pelliculé
Atorvastatine

COAP
irbesartan/hydrochloride

28 comprimés
film-coated tablets

Lot/Batch

Fab./Mfg.

911022

Pér./Exp.

12/22

C
irbes

28

Lot/Batch

Fab./Mfg.

842972

Pér./Exp.

C
irbes

28

Lot/Batch

Fab./Mfg.

911022

Pér./Exp.

12/22

PPV: 138,30 DH
LOT: 612486
PER: 02/21

PPV: 138,30 DH
LOT: 612486
PER: 02/21

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg 
32 comprimés pelliculés

ER LES D
Uniquement sur ordonnance



6 118000 161288

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULT

ADULTE

32

Comprimés = 1