

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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° P19-0027506

ND: 28246

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BABA KHADDOUR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/4/20

Nom et prénom du malade :

BABA KHADDOUR

Age : 11/1942

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

diabète type 2

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-027506

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
24/4/20	C2	300 DH		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL HANK Dr. LAMHABIB Arafat 16mm 36100116 El Hank - CASA tel: 0522 94 94 12 ICE: 00197 199 7 0000 60</p>	24/04/20	PHARMACIE EL HANK

092024017

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) with the following base units and dimensions:

- Length:** Metre (m)
- Mass:** Kilogram (kg)
- Time:** Second (s)
- Electric Current:** Ampere (A)
- Temperature:** Kelvin (K)
- Amount of Substance:** Mole (mol)
- Luminous Intensity:** Candela (cd)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Oh Cosie

10

✓ ✗

RESERVE
LIBRARY
UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES
1965

8.11

S.V

5. A

9

As

PHARMACIE EL HANK
Dr SAMI HABI Zafar
Immeuble 16 El Hank - CASABLANCA
Tel: 0522 94 94 22
ICE: 00197 199 0000 60

PHARMACIE EL HANK
092024017



le 24/4/2013

vice

~~390000 x 3
1170000~~

BABA

Kheddouj

- Cravats 50 -

1 ج

563,00

For 1

1 ج

- Jand 64

~~12210 x 4
366130~~ 164 1 ج 50 2

1 ج

tricale 5

1 - 0 - 0

- Amer 5

1 - 0 - 0

Cash 100

0 - 1 - 0

5 de

3 ج

DR. ERRAJRAJI
Endocrinologue Diabetologue
737, Angle boulevard Moulay Youssef et Rue 3
Résidence Miramar N° 3, 1er Etage

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

27,00

DICLO 5®
Pharma

DICLOFENAC SODIQUE

100 mg

10 Suppositoires

Voie rectale

22,00

Clartec®
Loratadine 10 mg

10 comprimés

Voie orale

32,00

Clartec®
Loratadine 10 mg

48x20x95

LOT: 09A0549
PER: 04/2021
PPV: 75 DH 00

laroc
iolabilité

78,00

Betaserc
24 mg bétahistine

12 comprimés dispersibles
6 118000160038
AMOXI 19



⊗ Tanganil® 500 mg
تابغانيل® 500 ملغم

30 comprimés - 30 قرص - 30

VTE : MA - PPV: 51DH00

6 118001183340

728860

liste
COMMENT
cor

Maphar
Km 10 Route Côtière - 111
Qu Zenata Aïn Seba - Casablanca
Forxiga 10 mg cp poli b28
P.P.V : 563,00 DH
6 118001 185023



6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

07 2022
BLW81
08 19

6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

12 19
BNU15
11 202212 19
BNU15
11 2022**TRIATEC®**
Ramipril

5mg

122,10



122,10

TRIATEC®
Ramipril
30 Comprimés

5mg

TRIATEC®
Ramipril
30 Comprimés

5mg

122,10





le 24/4/20.

Mr BABA (chadely)

- HBA1c
- Hormone - 100 ml

Dr. ERRAJRAJI
Endocrinologue Diabétologue
737, Angle boulevard Moulay Youssef et rue Bd
Résidence MIRAMAR 1er étage N°3, Casablanca

Merci d'avoir choisi le système
de test de la ~~hémoglobine~~ hémoglobine

A1C EZ Series

19-02-2026 15:24:56

NO.: 0001

Résultat de HbA1c:

NGSP: 6.9%

IFCC: 51.9 mmol/mol

eAG: 150.8 mg/dL ou 8.3 mmol/L

Plage de référence (NGSP):
4%-6.5%

Testeur:

Le résultat correspondant à cet
échantillon de sang