

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.

Diagnostic 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.

Prothèse 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



ND- 30332

Déclaration de Maladie : N° P19-0011127

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6644 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : Balahma Belfacem Date de naissance :
Adresse : Skilivai Rue 15 N8 EL OULFA casa
Tél. 0614375885 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/05/2020
Nom et prénom du malade : A. KADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DML de l'HD / 6600000
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : felikueol

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) :

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

4/6/2020 22x 6.00L1 

11/6/2020 cur 6.00L1 

EXECUTION DES ORDONNANCES

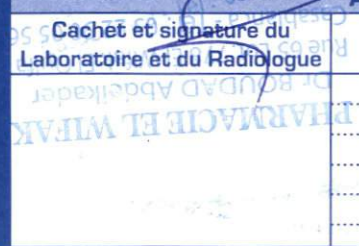
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

 4/6/2020 257,80

11/6/2020 102,00

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

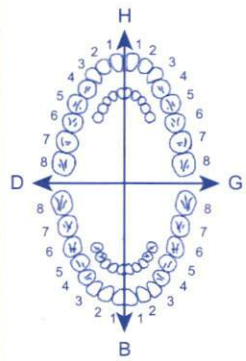
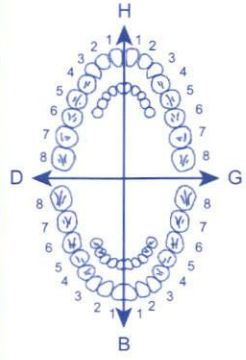
	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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													
				CCEFFICIENT 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"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	B														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 4/6/20

15,80 ARRAK Behmo

- Doliprane 500mg

52,80 x 31,

- Oest 20

24,60

- Uel 0,25g

34,60

- Rosilix 40

89,00

- Augmentin

257,80



PPV 15 DH 80
PER 11/22
LOT 12516

Doliprane 500 mg ○
PARACÉTAMOL

16 comprimés effervescents

6 118000 040354

OEDES 20mg ○

6 118001 100071

LOT 191339
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

Trialaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 1087 CASABLANCA-MAROC

UN-ALFA® 0,25 mg capsule
Boite de 30 capsules

6 118001 200757

PPV: 74 DH 60

ANGINIB 50 mg
28 Comprimés pelliculés ○

6 118000 050636

LOT: 224
PER: JAN 2023
PPV: 80 DH 00

Lasilix 40mg ○
20 Cp séc

LOT: 91MAR03
PER: 04 2023

PPV: 94DH00

5 118000 060468



وصفة
ORDONNANCE



Le 11/6/2020

AARAK Fahma.

- Leludis S
15 x 21,

- Dwn 100000 LF

1 amp / min → 3 min
244106
- Fer led (S)

145 / sec

- Sporidm S
1 x 27

hectet
de 1 min

Fermed® 100mg/8ml
complexe fer saccharose
6 ampoules de 8ml



6 118001 360031
P.P.V: 244,00DH

1c
Arzak Patine

102-00
Aulcer gel (S)

1gltt bsr

PHARMACIE EL WIFAK
Dr. BOUDAD Abdelkader
Rue 65 Lot. 778 El Wifak El Oulfa
Casablanca - Tel: 05 22 90 05 56

Dr. MAYMEI
Pneum - Physiologue
CDTMR
Massani - Casablanca

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 19107
PER : 02/2022
PRL : 102,00 DH

AULCER 20 mg
28 Gélules



6 118001 4220038