

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.

Educations :

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.

Maladie :

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.n.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0026391

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ELAICH ABDELLAH

Date de naissance : 21/01/1975

Adresse : LOT ANA N° 137 JARONA

Tél : 0661 39 9044

Total des frais engagés :

988,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELAICH SAMIRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète galactosemie

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) :

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
27/04/20				Dr. Khadija CHARAFI Spécialiste Endocrinologie Diabétologie 100 Résidence Al Ofaq Ed. Oum Rabit Oulfa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA MONAOURA Dr. Aouatif HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur Casablanca - Tél. 0522 53 94 01	27 AVR 2020	PHARMACIE AL MADINA MONAOURA Dr. Aouatif HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur Casablanca - Tél. 0522 53 94 01 T: 738,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

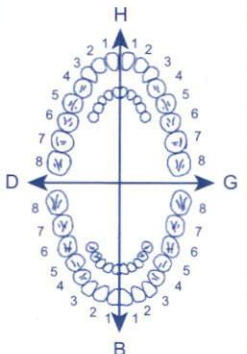
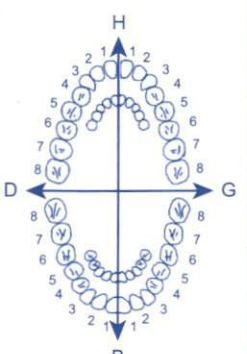
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du centre régional
de Diabétologie

Sur rendez-vous

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le

27-11-2020
NOUARY Samira

3x13,40

LevoThyrox 50

(S.V)

5x6,80

LevoThyrox 25

(S.V)

13x54,10

celestal 25

(S.V)

LOT 191188
EXP 04/2022
PPV 42.00DH

LOT 191188
EXP 04/2022
PPV 42.00DH

6x10,40

not form 200

(S.V)

3x31,30

Eylux 200

(S.V)

2x42,00

Kalest 25

(S.V)

4x53120

Relaxol
19345

(S.V)

49,60

(S.V)

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

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

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA
Dr. Aouatif HAMDOUN
lot EA 257, Immeuble N° 1
Pôle de Nouaceur
Casablanca

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 19E008
PER: 10 2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 19E008
PER: 09 2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 19MA120
PER: 04 2022

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

PHARMACIE AL MADINA MONAOIRA
Aouatif HAMDOUN
lot EA 257, Immeuble N° 1
Pôle Urbain de Nouaceur
Casablanca - Tél. 0522 53 94 01

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 19E008
PER: 10 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041

PER.: 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041

PER.: 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041

PER.: 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041
~~PEN: 05 2022~~

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041

PER.: 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

O

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 9MA041

PER.: 05 2022



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT

200290

EXP

02 2024

PPV

31.30

LOT

200290

EXP

02 2024

PPV

31.30

LOT

200290

EXP

02 2024

PPV

31.30