

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.

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.



Maladie

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Dentaire

Société :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Declaration de Mal
N° W19-559129
ND: 36041
 Optique

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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'adhérent de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-559129

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

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 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

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal 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° W19-463903

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9667

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASMOUDI YASMINEF

Date de naissance :

10/01/68

Adresse :

ANGLE AL Ben AL wa et eternad Tan-Tan, RS Annaba

énum 1140 303 Bourgogne - corse

Tél. : 067 66 19 50

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

ACQUEL CHAM RAM Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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
19/02/2020	C/S	Coef 1/4		INP 1109110012518 ACHRAF REQUAANE 85, RD 10 Miss LARIZI Casa Tel. 0522 219070 / 0522 272489

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOTEL MARLAU Angle Boulevard Zerktouni Rue d'Agadir - Casablanca Tél. 05 22 27 39 39	19/02/2020	368,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

NE PAS FAISER D'HONORAIRES
سيسيين 500 مع
سيروفلوكساسين

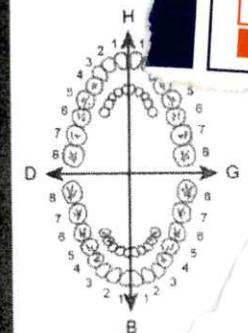
soins

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

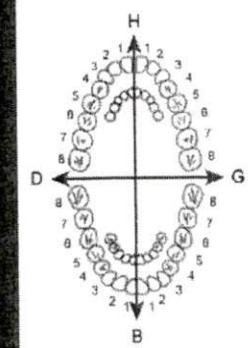
SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

SOINS DENTAUX



O.D.F
PROTHESES DE



Antalgique et antipyretique

Paracetamol(500 mg) + Caffeine(50 mg)
ALGIK®

25539412 214...
00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11435553

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B

G

D

H

B



ORDONNANCE

Dr: ACHRAF Redouane

Date : 19.02.2020

Nom et Prénom du patient :

Dr ACHRAF Redouane
Chirurgie GENERALE
85, Rue Driss Lachrazi Casablanca
Tél. 0522 28 90 10 0522 27 24 83

Age :

196,50

1/ Sepsis 

1 matin et 1 soir f- 05

13,20

2/ Algik

1cp x 3/j



f- 04

159,00

3/ Antrax

Bouffées de chaleur



03 mois

ENTREPRISE
PHARMACEUTIQUE DE L'HOPITAL S.A.R.L.
Angle Boulevard Zerktouni
et Rue d'Agadir- Casablanca
Tél: 0522 27 29 39

368,70

Dr ACHRAF Redouane
Chirurgie GENERALE
85, Rue Driss Lachrazi - Casablanca
Tél. 0522 28 90 10 / 0522 27 24 83
Signature