

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 059499

ND: 40377

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0851 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GHERRAS Abdelmjid

Date de naissance : 11.05.1951

Adresse : 14 Rue Banafsaj Apt 11 HY Erraha casa

Tél. : 0615184322 Total des frais engagés : 150 + 1275 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.09.2020

Nom et prénom du malade : GHERRAS Abdelmjid Age : 69a

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTP + Adh

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 : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

17 SEP. 2020

ACCUEIL 09/09/2020

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
09/09/2020	C		15000	Dr. Lebban Gén. Méd. R. Al Finaoui Imm. Casablanca Tél. 05 22 90 56 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

09/09/2020 127560

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

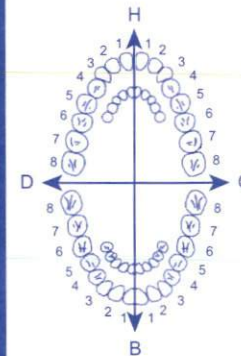
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

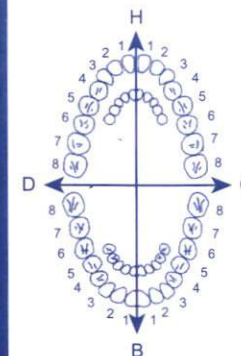
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie
Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le : 09/09/2020

Patient (e) : M^r GHERBAS Abdelmjid

136,60 X 4 = 546,40

① Amlor 5 mg (04 Boîtes)

1 cp/j le matin

3780 X 4 = 151,20

② Sectral 20 mg (04 Boîtes)

1200 X 4 = 208,00

③ Zactyl 10 mg (04 Boîtes)

1 cp/j le soir

185,00 X 2 = 370,00

④ SAF Lu (02 Boîtes)

48 mg 2 cp/j

1272,60

صيدلية الكاف

Mme CHOUISAMIRA

1, Rue Al Firdaous Beauléjour
Casablanca, Tel: 05 22 39 89 73

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32, Rés. Al Firdaous
H.H. Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

52,00



Rue Amy
Dr M. HOU

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

52,00



Rue Amy
Dr M. HOU

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

52,00



Rue Amy
Dr M. HOU

Zadryl® 10 mg

Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

52,00



Rue Amy
Dr M. HOU

5 mg



مستشفى

أملوت



136,60



56 COMPRIMÉS

AMLOT 5 mg

P.P.V.

136 60

136,60

136,60

5 mg



مستشفى

أشرف



136,60



56 COMPRIMÉS

AMLOZ 5 mg

0 3 2 0 2 6

P.P.V.

1 3 6 6 0

1 3 8 9 0 8 6

136,60

5 mg



مستشفى

أملوت



136,60



56 COMPRIMÉS



AMLOT 5 mg

P.P.V.

136 60

136 60

136,60

5 mg



مستشفى

أشرف



136,60



56 COMPRIMÉS



AMLOZ[®] 5 mg

P.P.V.

136 60

136 60

136,60

Voie inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salméterol

SAFLU®

LOT: GB81782

PER: 10/2021

PPV: 185 DH 00

Cipla Mar

Bien agiter avant chaque utilisation

Voie inhalée
250
µg / 25

Propionate de fluticasone
/salméterol

SAFLU[®]

LOT: GB81782

PER: 10/2021

PPV: 185 DH 00

Cipla Mar

Bien agiter avant chaque utilisation

200مليغ

سكترال

أسيبوتولول

عن طريق الفم

20 قرصا مغلفا

Sectral 200mg

احترم القادير العينية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 12 2021

LOT : 9MA011V

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



0

200مليغ

سكترال

أسيبوتولول

20 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

Sectral 200mg

احترم القادير العينية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 12 2021

LOT : 9MA011V

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



0

200مليغ

سكترال

أسيبوتولول

20 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

Sectral 200mg

احترم القادير العينية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 12 2021

LOT : 9MA011V

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



0

200مليغ

سكترال

أسيبوتولول

20 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

Sectral 200mg

احترم القادير العينية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.: 12 2021

LOT : 9MA011V

SECTRAL 200 MG
CP PEL B20

P.P.V : 37DH80



0