

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.

Diagnostique 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- 061452

ND: 45196

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : DAYOUCHE ABDELAZIZ

Date de naissance : 25-04-1963

Adresse : RUE 282 N° 20 HAY MOULAY ABDELAH

684

Tél. : 06 20 70 692 Total des frais engagés : 2112,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/20

Nom et prénom du malade : Dayouche ABDELAZIZ Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : 27/10/2020 Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : Dayouche

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
26/10/2020	Gsl		130dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien A. El Yacoubi	Date	Montant de la Facture
27/10/2020	1982,00	

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
		A M	P C	I M	I V	

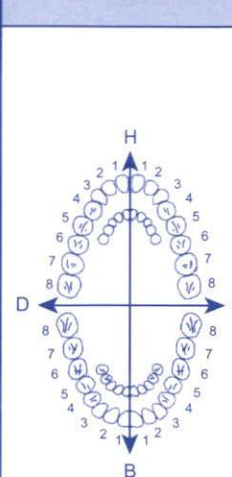
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Maria CHRAIBI

الدكتورة اشرايبي مارية

- Médecine générale
- Echographie

- طب عام
- الفحص بالصدى



صيدلية الباقوت
PHARMACIE EL YACOUT
Rue Baghdad N°43 Quartier
Casablanca de Ain Chock - Casablanca
Tél.: 05 22 50 76 39

ORDONNANCE

الدار البيضاء في

syouch ABDELHAZIZ

1) Imescium 20

82/10



2) Tanganil 500 mg

630 03 2020 03 2023
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

65/10

3) Altralene 20

LOT : 9941
UT. AV : 01-22
P.P.V : 58 DH 30

58/30

4) megasfal

728860
Tanganil® 500 mg
تاغانيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA-PPV: 51DH00
6 118001 183340

543/40

5) Amep 500 mg (23)

$$9 \times 2390 = 21510$$

$$5 \times 45120 = 225600$$

441100

6) glucophage 850

x 25 (3 mois)

7) detar siel q

x 72100
111

792100

19821100

صيدلية الباقوت
PHARMACIE EL YACOUT
Avenue Boughdad N°43 Quartier
El Yacout - Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 50 76 39

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

LOT 200251
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 200251
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 200251
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 200251
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 200251
EXP 02/2025
PPV 45.20DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH

LOT 190630

EXP 03/2024

PPV 23 90DH



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40



49,40