

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064039

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 109111 Société : 46726

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAFDI HAKIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662682578 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064039

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution



W18-399102

DATE DE DEPOT

05 / NOV / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10914														
Nom & Prénom HAFSI Hakim																
Fonction : Age	Phones 0662682678															
Mail HAFSI@royalairmaroc.com																
MEDECIN Prénom du patient HAFSI HAKIM																
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 41 ans	Date														
Nature de la maladie	Date 1ère visite															
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires														
03/11/20	C.S	150 DH														
PHARMACIE Date 03/11/20																
Montant de la facture	Date 05 NOV. 2020															
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													



ima

Omnipraticienne

طبيبة

03/11/20

CABINET MÉDICAL

• Laser

• Led

• PRP

• Peeling

• Botox

• Comblement

• Mesotherapie

HAFOU' MAI'NA

7970 - Azia 5
Apk x 35

1930 - Olive
2 pul dans lipou
le 7/11

1910 - Jus
2 - 2.2

1770 - Topical
x 35

CHU IBN ROCHD
Dr Iman HAHMOUD ABDELAAL
33 Bd Mohamed V Benachid
Tél : 05 22 33 40 68

S.V

S.V

S.V

M

Mr. 19
 2023
 2023

V.S.

Dr. Imar MAHMOUD ABDELAAL
Omnipraticienne
183, boulevard Mohamed V (ex route de
bouskoura) 3^{ème} étage N° 5 - Berrechid
Tel: 05 22 33 68 60

~~PHARMACIE BERRECHID~~
~~Dr. Imar MAHMOUD ABDELAAL~~
183 Bd. Mohamed V Berrechid
Tel: 05 22 32 40 68

Doliprane®

PARACÉTAMOL

1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE

10 Comprimés

b

bottu s.a
82, Allée des Casuarines - Aïn Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2498

AZIX®
Azithromycine

500 mg
Voie orale

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2418



3 Comprimés
séparables

Musfon 80mg
10 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410249

Deva

ج. واحد صيدلي مسؤول

خاصة للحفظ:

حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيداً
عن الماء في القارورة الأولى مرة.
أرى و متناول الأطفال.

استعمال:

النشرة بتمعن قبل الإستعمال.

PER: 04 2022
LOT: 20E035

TOPILEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 15DH70
6 118000 060901



ة والرحم

prvine

10/100

**Décongestionnant
de la muqueuse
nasale**



Nébuliseur
Solution 10 ml

gsk

LOT: M0637
EXP: OCT 2022
PPV: 19,30 DH