

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.

Educational :

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

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° M20- 0000949

55439

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9571 Société : M20-9751

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : QUADRY AZE

Date de naissance : 10/10/31/1962

Adresse : Même adresse

Tél. : 06 22 35 304 Total des frais engagés : 06 22 35 30 04 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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
				Coefficient des travaux																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticaire			Montant des soins																
	<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				Date du devis
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Fin de																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-403144	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-403144

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle														
Nom & Prénom <u>QUAD A22</u>																
Fonction :	Phones :															
Mail :																
MEDECIN	Prénom du patient <u>A22</u>															
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>07/14/2020</u>														
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														
<u>Let</u>		<u>250M</u>														
PHARMACIE	Date <u>15-12-2020</u>															
Montant de la facture	<u>2670,-</u>															
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													



DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

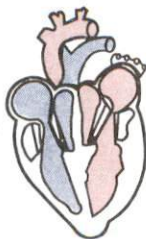
(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Miloud KASSIOUTI
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd Mohammed VI
2ème Etage - Casablanca
Tél: 0522450240/41 - Fax: 0522450239

9751

CABINET DE CARDIOLOGIE



Dr. Miloud KASSIOUT

Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Angers (France)

Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire

Ex Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca

Casablanca, le

15/12/2020

Qu'Allah Azz

361 2 x 6
Lafayette 160 A5 121



lyk uel
Chlophaleos

2670,00
1 1 1

Wahid

Dr. Miloud KASSIOUT
CABINET DE CARDIOLOGIE
52, Bd Med VI Kissariate Tisir
2ème Etage - CASABLANCA
Tél: 0522 45 02 40 / 41 - Fax: 0522 45 02 39



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations.
الرجاء قراءة
الطبيب و
المرضى
يجب أن
تحتفظ
بمعلومات

ature ambiante (15-25°C).
alliage extérieur d'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

10mg/160mg/12.5mg

®

EXFORGE HCT

Comprimés pelliculés



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations.
الرجاء قراءة
الطبيب و
المرضى
يجب أن
تحتفظ
بمعلومات

ature ambiante (15-25°C).
alliage extérieur d'origine,

Amiodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

10mg/160mg/12.5mg

®

EXFORGE HCT

Comprimés pelliculés



6118001030897

EXFORGE HCT ○

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations.
الاطباء في
الطبيب في
الطبيب في
الطبيب في

ature ambiante (15-25°C).
allage extérieur d'origine,

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

EXFORGE HCT®
10mg/160mg/12.5mg

Comprimés pelliculés



6118001030897

EXFORGE HCT ○

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations.
الاطباء في
الطبيب في
الطبيب في
الطبيب في

ature ambiante (15-25°C).
alliage extérieur d'origine,

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

EXFORGE HCT®
10mg/160mg/12.5mg

Comprimés pelliculés



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations.
الرجاء قراءة
الطبيب و
المرضى في
التي
يجب في

ature ambiante (15-25°C).
alliage extérieur d'origine,

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

10mg/160mg/12.5mg

®

EXFORGE HCT

Comprimés pelliculés



6118001030897

EXFORGE HCT

10mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

1126506-A17-MA

0044

es enfants.
informations
الرجاء قراءة
الطبيب و
في 15-25°C
في 15-25°C
في 15-25°C

ature ambiante (15-25°C).
allage extérieur d'origine,

Amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide

10mg/160mg/12.5mg

®

EXFORGE HCT

Comprimés pelliculés

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200724
EXP 04/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000^{mg} 

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333