

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 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

M22- 0026557

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11792

Société : 133245

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Benkoudia Salima

Date de naissance : Residence Daris Immo6 APP104

Adresse : Residence Daris Immo6 APP104 Ain Sebaa

Tél. : 0661513204

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 : affaiblissement ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

Pathologie :

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.

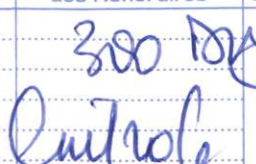
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/09/2022		300	100	
12/09/2022				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/03/22 T. = 511,10

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

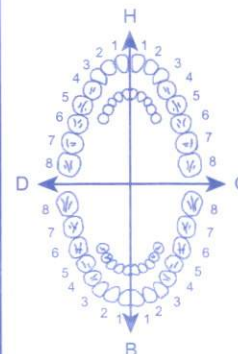
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologiste
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نضيف

اختصاصية في امراض و جراحة الانف
الحنجرة - الاذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير و الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le :

12/09/2022

الدار البيضاء, في :

MORAGI Camille

40,00

1/ Cotipred 20mg sp

3 p/j de matin

140,00

2/ MERO Cien

1 appl x 2/j

53,10

3/ Relaxol

1 p x 2/j

190,00

4/ Auroreap smc
2 pulv x 2/j

Route EL Jadida - Espace Houssam N  22 Porte 1

1  Etage N  1 - Casablanca - JCF - 001812377000090

Tél.: 05 22 99 62 09 / 07 00 84 17 18 - Fax : 05 22 25 78 21

88,00

5 / Centre lounge
148

78511,10

Pharmacie AL HADIKA
Rés. Al Hadika Imm. 8 N°8.28
Ain Sebba - Casablanca
Tél : 099 666 551

Dr. Nawal N.
MEDECIN O.R.L. et CHIRUR.
CERVICO - FACIALE
Route El Jadida Espace Housssem M 22
Porte El Jadida 1er Etage - Casa
Tél : 05 22 25 39 21 - 05 22 59 62 09

PPV: 88DH00
PER: 05/25
LOT: L1578

Curtec® 10 mg
Ceftriaxone
30 comprimés sécables



Aeromax®
LOT: 036S003A
PER: 01/2024
N° d'AMM 149/21/NRQ4DMP/VHA/18
PPV : 190,00 DH

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V. : 53DH10
LOT: 22E003
PER: 01/2025
6 118000 060833

Lo 0.25%
ide dermique
e 30 g
B.No.: 1048
MFG. : 02 2022
EXP. : 01 2027
8001010110
F402206A

PPV: 40DH00
PER: 06/25
OT: L1950
Colipred® 20 mg
Prednisolone
20 comprimés effervescentes sécables
6 118000 041016
100165
05/14
AMM N° 306 DMP/2/1NCDP