

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

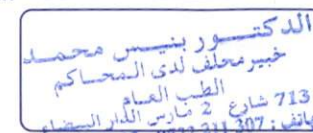
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 328 Société : Reine
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAGHIR NUSTAPHA
 Date de naissance :
 Adresse : 111 WARRAJ RUEL N° 10
 Tél. : 06.48433840 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 / 10 / 2022
 Nom et prénom du malade : SAGHIR NUSTAPHA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA + Diabète + Arthrose + Goutte
 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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
31 Octo 2022		2	200	<p>الدكتور خبر مخلص الطبيب العام 713 شارع 2 مارس الدار البيضاء الهاتف : 0522 215 723 - 0522 211 307</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

092040427

1853,10

31/10/22

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

A M

P C

I M

I V

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 :

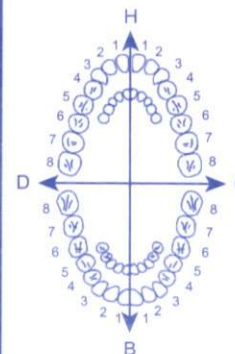
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

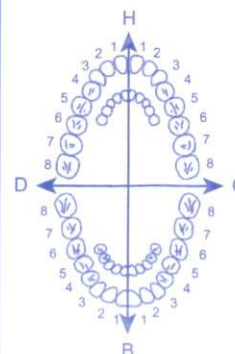
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

31/10/2022

Casablanca, le الدار البيضاء في

Monsieur SAGHIR MUSTAPHA

1/ ALTEC 5 MG CP

1 cp après le repas le matin

2/ DIAMICRON 60 LM CP

1 cp avant le repas matin et soir

3/ ado 1G cp

1 cp après le repas matin et soir

4/ SYMBICORT TURBUHALER 4000

2 APPLICATION par jour

5/ RELAXOL 2mg Cps

1 cp après le repas matin, midi et soir pdt 10 jours

6/ DIFAL 50mg Cps

1 cp après le repas matin et soir

7/ HEPANAT 400mg Cps

1 cp avant le repas matin et soir

8/ ACLAV 1G SACHET

1 sachet après le repas matin et soir

9/ ALGIK Cps

1 cp après le repas matin, midi et soir

traitement de
06 (Jr)
de nuit

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. M. Gads, Inara, Ain Chok
Casablanca - INPE : 092040427
Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23

الدكتور بنيس محمد
خبير محلف لدى المحاكم
الطب العام
713 شارع 2 مارس
الدار البيضاء
الهاتف: 0522 2113 07 / 0522 2157 23

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al soussan
nours casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pâte p/inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21A/RQ d.P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020835

هيانات

قرص 40

A consommer de
préférence avant fin :
Lot n°

68.60 DH

03/2025
Y060F

Via delle
Importe et :
Benj

LOT: 6158
PER: 01/24
PPV: 99DH00

39.80 DH
Lot: Y055D
Per: 02-2025



6 111255 870202

LOT: 22E005
RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V: 53DH10



118000 060833

19,90

19,90

46,40

46,40

46,40

46,40

46,40

46,40

ARREC

19,90

13,20