

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.

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- 0057268

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2545 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JALIL MOHAMMED
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 97 RUE SOCRATE MAARIF CASA
 Tél. : 0670566416 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur HARIT Mohamed CHIRURGIEN**
 24, Rue Alloussi - Bourgogne
 (Face Clinique BADR) - Casablanca
 Tél. : 05 22 27 07 79 / 05 22 22 32 83
 INP : 91073940
 Date de consultation : 01 / 02 / 2023
 Nom et prénom du malade : Jalil Mohamed Age: 1953
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémonoroids
 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 : CASA Le : 01 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
1 FEV 2023	G	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Khémis ZEMAMRA Mr LAHBABI Abdelhak 4v des F.A.R.K-Zemama Tél : 24 60 52	01/02/23	143,60

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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HARIT Mohamed

- Ancien Interne des Hôpitaux
- Ancien Chirurgien à l'Hôpital Averroès
- Ancien Chef de Service de Chirurgie
à l'Hôpital Sidi Soufi

- Chirurgie Biliaire et Digestive
- Chirurgie Gynécologique et Proctologique
- Chirurgie du Sein et de la Thyroïde
- Coelio Chirurgie - Chirurgie de l'Obésité
- Chirurgie des Varices
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie Colo-Rectale

Tél.: 05 22 27 07 79 /

05 22 26 91 51

CASABLANCA

Consultation de 15h à 19h

الدكتور هارث محمد

- داخلي سابق بمستشفيات المغرب
- جراح سابق بمستشفى ابن رشد
- رئيس سابق بقسم الجراحة
- بمستشفى سيدي الصوفي

- الجراحة بالمنظار
- جراحة السمنة
- جراحة القنوات المرارية
- جراحة الجهاز الهضمي و البواسير
- جراحة الثدي والغدة الدرقية

05 22 27 07 79 /

05 22 26 91 51

الهاتف :

الدار البيضاء

Casablanca le : 1-FEV-2023 في الدار البيضاء

Talil Mohamed



4400

1) Beviran 200



18x27

2)

Sucreta

1 sachet x 27

Pharmacie K...
Mr LAHBABI Abdelaziz
Av des F.A.R K-Zemama
Tél : 33.60.57

99,50

3)

Adiaflor

1 sachet



Docteur HARIT Mohamed
CHIRURGIEN
24, Rue Alloussi - Bourgogne
(Face Clinique BADR) Casablanca
Tél.: 05 22 27 07 79 / 05 22 22 32 83
INP : 2703940

143,50

Cabinet : 24, Rue Al Alloussi - (face clinique 'BADR')

EN CAS D'URGENCE : في حالة الاستعجال الإتصال بمصحة بدر

CLINIQUE BADR : 35, Rue Al Alloussi - (face mosquée BADR) - Tél.: 05 22 49 28 00

AdiaFlor®

Flacons buvables



6 111259 970205

Lot: 01099

A consommer de

préférence avant le : 12/2026

PPC : 99,50 DH