

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- 0051240

156622

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07943

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Zahra

Date de naissance : 20/07/1960

Adresse : 113 Rue EL FOURAK Apt 2

Tél. : 06 614 95656 Total des frais engagés : 1390 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Médecin Agréé Permis Conduire
51, Rue Bnou Nafia Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 82

26 AVR 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benjelloun Zahra Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - guérison

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 : Casablanca


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


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2023	119000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

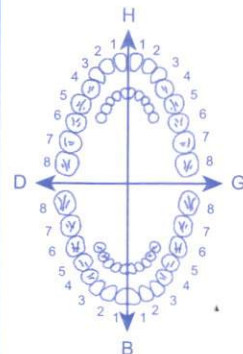
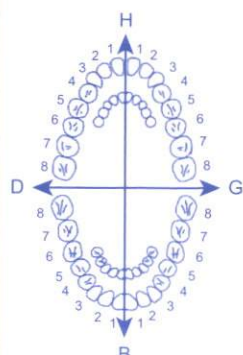
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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

Dr. HORMAT Nouredine

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss Angle (ex Jura et Faucilles)

Maârif - CASABLANCA

Tél : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمت نور الدين

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب مقبول لرخصة السياقة

51، زنقة ابن النفيس

المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 81 82

صيدلية نور الدين
PHARMACIE DR. AZARANE
Mme ALJ Nouredine ELAHLLOU
94, Rue Cadi Iyass - Maârif - Casablanca
Tél. : 25.43.95 - CASA

6 AVR 2020

Casablanca, le : : الدار البيضاء في

Benjamin Zahou

7550

Fispingel

5770

Aluicous

49800

Lexaban

4980

Plagil

9500

20700 x 2

119000

Ffblis

Triolac

HORMAT Nouredine
Médecine Générale
Mme ALJ Nouredine ELAHLLOU
94, Rue Cadi Iyass - Maârif - Casablanca
Tél. : 25.43.95 - CASA

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 40DH00
LOT : 216380
PER : 11/2026
118000 060062

ban®
Rivaroxaban

LOT: 224166
EXP: 06/24
PPV: 498DH00

15m

EFloxin
500

Lot :
PPV :
Exp :
LOT : 220191
EXP : 02/2027
PPV : 95,00 DH

PPV: 75DH50
LOT: K3280
PER: 11/23

comprimés sécables
30 قرص يمكن تقسيمه

50 مغ
الكتون 50 مغ

ACTONE 50 mg
spironolactone

Pfizer

P.P.V: 57DH70
LOT: B26189
EXP: 07.2022

TEC® Protect
SANOFI AVENTIS
TRIATEC PROTECT
LOT : 20E001
PER : 12/2023
PPV : 307,00

Voie orale

TRIATEC® Protect 10 mg
Ramipril

عن طريق الفم
بوتيتا

بسيبرازول

15 قرصا قابلا للكسر

BISPIRAZOLE®
Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg