

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.



Déclaration de Maladie
M22- 0012286

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0487 Société : 157858

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennis Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07.04.2023

Nom et prénom du malade : Bennis Brahim

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cabnet de signature du Médecin attestant le versement des Actes
07/14/23	US		400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
----------------------	------	-----------------------

ou du Fournisseur	07.06.23	863,20
		
Pharmacie Naïma		

INP: 92044569

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Date	Désignation des	Montant
------------------------	------	-----------------	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé

du Praticien	Soins	A M	P C	I M	I V	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 :

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

CODING DENTURES	Dents	Nature des	Quantité	
-----------------	-------	------------	----------	--

SOINS DENTAIRES	Traitées	Soins	Coefficient
-----------------	----------	-------	-------------

--	--	--	--	--

				COEFFICIENT DES TRAVAUX
--	--	--	--	----------------------------

H					DES TRAVAUX	
---	--	--	--	--	-------------	--

				MONTANTS	
--	--	--	--	----------	--

O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT

25533412 21433552 SOCIÉTÉ DES TRAVAUX

00000000	00000000
D	G

H 1 1 1	00000000 00000000 35533411 11433553	
------------	--	--

	<p style="text-align: center;">B</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)
والعظام

Mr Bennis Boucheur

Casablanca, le 7/4/2023.

136,50 x 4

Alyse 25

(S.V)

1 gel le matin
1 gel le midi

Alyse 75



1 gel le soir 4 fois

59,00

(S.V)

Flexquat spray froid

(S.V)

1 appl x 2/j x 15j

79,50 x 2 sur joints -

Duorelox 2 gel x 2/j (S.V) x 15j

زاوية شارع عبد المومن وزنقة سومية، إقامة شيرازاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف: 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28

Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1^{er} Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39 / 98 03 28 / 0651 58 98 05

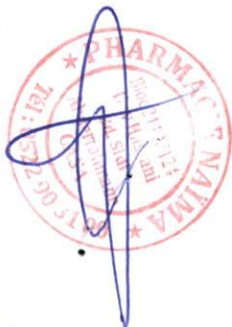
Dear fate



188 a for

1AB 2021/4

156 5/5



123 6 5/6

Ans 6 5/7

863.20

[illegible]

56 GÉLULES

ALYSE[®] 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES



Voie orale

22L265
08.2023



ABDI IBRAHIM

bottu_{RA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

56 GÉLULES

ALYSE[®] 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES



Voie orale

22L265

08.2023



ABDI IBRAHIM

bottu_{RA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

56 GÉLULES

ALYSE[®] 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES



Voie orale

22L265
08.2023



ABDI IBRAHIM

bottu_{RA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

56 GÉLULES

ALYSE[®] 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES



Voie orale

22L265
08.2023



ABDI IBRAHIM

bottu_{RA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

PPV: 49,60 DH
LOT: 22I27
EXP: 09/2025

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

LOT: C0275
EXP: 02/26
PPC: 79.50DH

DuoRelax®
Gélule

LOT: C0275
EXP: 02/26
PPC: 79.50DH

DuoRelax®
Gélule