

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-670969

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12.739

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HARIKI Nahil

Date de naissance :

23/10/84

Adresse :

03, Rue Abbas ELAKKAD, Bd des hôpitaux, Casablanca

Tél. : 0662 772780

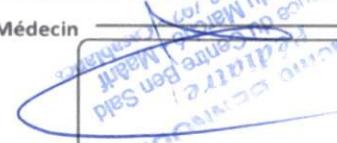
Total des frais engagés :

335,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/06/23

Nom et prénom du malade :

EL HARIKI Nahil CHALI Age: 03ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

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.

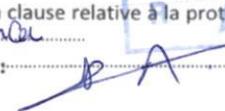
17 JUIL. 2023

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 : 17/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

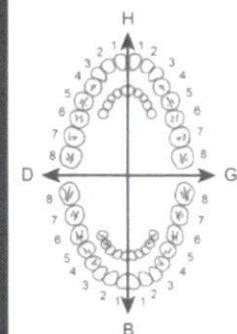
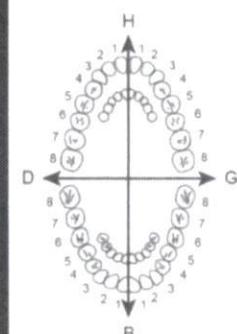


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/06/23	62		300 dh.s.	INP : 051027482 30 Rue du Maroc Residence 2000 33775 0522 86 02 25

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FACULTES Ghizlane LAHBABI Docteur en Pharmacie 94 Boulevard Mly Driss 1 ^{er} - Casablanca Tel. 0522 86 21 01 - Fax 0522 86 02 25	22/06/23	35,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre				Montant détaillé des Honoraires
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : <input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
		ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
		H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
 <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>																

Dr. Rachid BENNOUNA
PEDIATRE

Diplômé de Faculté Médecine de Paris
Réanimation Néonatale
Gastro Entérologie Pédiatrique
Allergologie Kadigologue

I C E : 001635256000063
I N P E : 091027482



الدكتور رشيد بنونة

اختصاصي في أمراض الرضيع و الطفل
خريج كلية الطب بباريس
أستاذ مساعد سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca, le 22/06/23 الدار البيضاء، في



ELHARIZI (الحاجي)

1280

S.V

- Age : 03 mois
- Poids : 13 kg 800

1) Doliprane 300 mg suppo

suppo toutes les 6h

22/6

2) Nb - 100 mg toutes les 6h

toutes les 6h

5 alkerm toutes les 6h
3h Fievre

35,3°



إقامة مركز بننونا - 30 زنقة المريض - المعاريف - الدار البيضاء

Résidence du Centre BEN SAID - 30, Rue du Marché (Maarif) - Casablanca

Tél.: 0522.98.65.98 - Fax.: 0522.98.65.92 - Urgences Clinique AJIAL : 05.22.87.81.81

E-mail : bennounarachid41@gmail.com