

## 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.

**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

M23-0019036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10366

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDOUA NASSAM

Date de naissance : 22 11 1955

Adresse : LOT EL HAM Rm 7 N°57 M.H. CASA

Tél. : 06 18 24 09 75

Total des frais engagés : 758,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2023

Nom et prénom du malade : M. BENDOUA NASSAM

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Dermatox + 8 45 ans + nicopolyst

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 :

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
14/09/2023	C1		20000	
16/09/2023	café		café	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/09/2023	450.70
16/09/2023	108.00

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

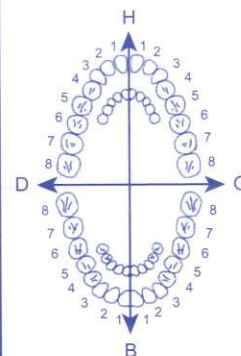
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 Widad El Khadraj

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse

Nutrition



الدكتورة ویداد الخضرج

الطب العام  
الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية و تخفيف الوزن

Casablanca, le : 14/09/2023: الدار البيضاء في

INPE:  
091781370

Mr. BENDOU LA CHAÏDA

11 - ultracaine gélules

65.14

1 gel x 25 mg

10 gels x 25 mg

30.1.40

PHARMACIE HAY EL WIFAK  
Mr. BOUADAB Abdelkader  
Rue 65 Lm 778 El Oulfa 3 El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 05 56

PHARMACIE HAY EL WIFAK  
Mr. BOUADAB Abdelkader  
Rue 65 Lm 778 El Oulfa 3 El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 05 56

0044241

Proposé

1 - 10 gels x 25 mg

2 - 10 gels x 25 mg

3 - 10 gels x 25 mg

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)

Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Près de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927



51 - Ketoderma sachet

84,20

18 sachet x 2/8

450,70

III de 02m03



DI. EKKHADRAJ  
Medecine Generale  
El Mlik 3 Rue 65 N 59 El  
Casablanca Tel 05 22 22 22

ULTRA-LEVURE 250 mg,  
20 gélules



6 118001 310159

Lot :  
:469

EXP :  
: صالح لغاية

12 2022 12 2025  
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

MYCOSTER 1%  
Solution 30 ml



43,50

Skinosalle Lotion  
Flacon de 30g



Skinosalle Lotion  
Flacon de 30g



LOT : 3547  
PER : 04 - 26  
P.P.V : 34 DH 70

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH



MKB5F00  
10-2024

LOT : 3547  
PER : 04 - 26  
P.P.V : 34 DH 70

Docteur Widad El Khadraj

الدكتورة ویداد الخضرج

Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE

ECG

Surveillance de Grossesse  
Nutrition



الطب العام  
الفحص بالصدى

تخطيط القلب

مراقبة الحمل

الحمية الطبية وتخفيف الوزن

Casablanca, le : 16/09 2023: الدار البيضاء في

MEC BENBOULA CHANDAA

18,00 x 6

11 - diaformine 850.

2 x 1 بعد الفطور

بعد العشاء

18,00

18,00

DR. EL KHADRAJ WIDAD  
Medicine Générale  
El Wifak 3 Rue 65 N° 59 El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 89 19 27

PHARMACIE HAY EL WIFAK  
DR. BOUDAD ABDELKADER  
Rue 65 Lot 778 El Wifak 3 El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 89 05 36

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار البيضاء (قرب صيدلية الوفاق)  
Hay Wifak 3 Rue 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)  
Tél.: 05 22 89 19 27

PPV 18D400  
PER 04/26  
LOT M1437

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV 18D400  
PER 06/26  
LOT M2004

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV 18D400  
PER 04/26  
LOT M1437

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV 18D400  
PER 06/26  
LOT M2004

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV 18D400  
PER 06/26  
LOT M2004

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276

PPV 18D400  
PER 04/26  
LOT M1437

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041276