

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'I-
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-010531

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM 177325
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFIA
Date de naissance : 08/03/54
Adresse : LOT 125 TRANCHE D IMAMNA LTAJIDA
SIDI OTHMANE CASABLANCA
Tél. : 0662/89350 Total des frais engagés : 714,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Date de consultation : 14/09/23
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ankylose poitrine & coude
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 : 14/09/23
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
14/09/23	CS		+300.00DH	
14/09/23	Voir la facture		+100.00DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/09/23

164,80

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

19/09/23

01

150.00dh

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

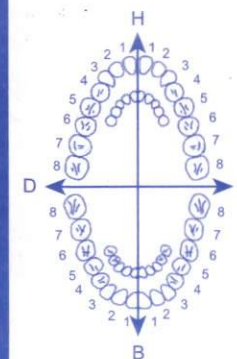
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
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



ORDONNANCE

Dr:

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

Date: 14/09/2023

Nom et Prénom du patient :

BENYASS

Abdelhafid

Age :

Pharmacie LILAS
MADINA AL JADIDA
LAILOU Faten
Pharmacie
131, Rue Rostand - Casa

34,60 x2 Lafix



→ 2x1 elboly

47,80 x2 D4 ZEN



elboly

8 - 2

164,80

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

LOT : 23E104
PER.: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



LOT : 22E120
PER.: 11 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



DASEN® 10 000 UI 
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80

PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80



ORDONNANCE

Dr:

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

Date :

Nom et Prénom du patient :

14/09/23
BENYASS
Abdelhafi

Age :

Bandage de contention
(de lohmann)

7150,00 dh
Lohmann & Rauscher Maroc
15 Rue St...
Quartier...
Tél: 05 22 99 12 00 - Fax: 05 22 99 12 06

Dr. M. CHAOUKI
ORTHOPEDISTE - TRAUMATOLOGUE
131, Bd Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 26 68 46 - Gsm: 0661 19 99 59

Signature :

Mr BENYASS ABELHAFID

CASABLANCA

Facture

Code client :	34219999
NUMERO	DATE
FA233184	19/09/23

Référence	Désignation	Taille	Qté	Px unitaire	Remise	Montant HT	*
81558	VELPEAUVEINE F bd comp 8/4		1,00	125,00		125,00	1

Lohmann & Rauscher Maroc
15, Rue Saria Ibnou Zounaim,
Quartier Palmier, Casablanca
Tél: 05 22 99 12 70/81 Fax: 05 22 99 12 06

Code	Base	Taux	Montant
1	125,00	20%	25,00
Total	125,00		25,00

Total HT	Total TVA	Total TTC	NET A PAYER
125,00	25,00	150,00	150,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Cent cinquante Dirhams

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 1 939 / 2023 du 14/09/2023

Nom patient : BENYASS ABDELHAFID

Entrée 14/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 14/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
PHARMACIE	1,00	PHARMACIE	100,00	100,00
			Sous-Total	100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DIRHAMS	Total	100,00
Immatriculation	Part organisme	0,00
Affiliation		
N° prise en charge :	Part patient	100,00