

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
M22- 54929

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05478 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENBOUHIA Mohamed
 Date de naissance : 30/12/1966
 Adresse : A.H.
 Tél. : 0661613189 Total des frais engagés : 250 + 24,6 + 234 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/10/2023
 Nom et prénom du malade : Ben Bouhiga Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 13/10/2023
 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
07/10/2023		1	200,00	

PHARMACIE AGH-CHARAF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/10/23	545,60
	10/10/23	234,00

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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 COEFFICIENT 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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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. BELGHAZAL SARRA

Médecine Générale
Echographie

Ex. Médecin au CHU
Ibn Rochd de Casablanca
Service Chirurgie Pédiatrique

الدكتورة بلغازال صارة

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال
ابن رشد قسم جراحة الأطفال

Ordonnance

Casablanca le 27/10/2023

Remboursé par M. Mohamed

134.60

7.5

① Spectrum 8500

LOT: 221317
PER: 11-2025
PPV: 28.00DH

28.00

② Coccidina

7.5

LOT 230081
EXP 01/2026
PPV 131.60DH

Conserver à une température
Ne pas Laisser à portée
Pour les indications, les
PPV: 140,00 Dhs

140.00

③ Melosel

7.5

PPV (DH):

40,00

40.00

④ Prednisolone

7.5

LOT: 230082
DLUO: 01/2026
69,00DH

69.00

⑤ Dexamethasone

7.5

Rue 49, N°6 - App. 8 - Lotissement Omariya - Résid. Mosquée Omariya Hay Inara
Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05.22.52.17.89 - N°P.: 34025064

⑥ E 2 ch 2 1/2

98.00

⑥ E 2 ch 2 1/2

14.00

⑥ D 2 ch 2 1/2

25.00

⑥ E an 2 ch 2 1/2

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
May Inara Haddaouia Casablanca
Tel.: 05 22 21 64 09

545.60

COOPER PHARMA
PPC: 98,00 DH

PPV 14 DH0
PER 07/26
LOT M2367

PPC 25.00 DH
LO 3010958
EX 12/2026

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf, N° DM2
May Inara, Haddaouia - CASA
Tel.: 05 22 21 64 09

Dr. BELGHAZAL SARRA

Médecine Générale
Echographie

Ex. Médecin au CHU
Ibn Rochd de Casablanca
Service Chirurgie Pédiatrique

الدكتورة بلغزال صارة

الطب العام
الفحص بالصدى

طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال
ابن رشد قسم جراحة الأطفال

Ordonnance

Casablanca le 10/05/2023

Ben Barka Mohamed

234.00

7
ش

1

Budema spray Buccal

1 ab + 2/2



PHARMACIE ACH CHARAF
Dr. Michra TAOUDI
Cordoba Ac-charaf, N° DM
Hay Inara, Haddaouia - CASA
Tél: 05.22.21.64.00

Dr. BELGHAZAL Sarra
Médecine Générale
Rue 49, N° Appt. 8 Lot Omariya
Hay Inara Ain Chock Casablanca
Tél: 05.22.52.17.89