

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° M21- 065578

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5206 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHASSA NAÏMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661462861 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 15/12/23

Nom et prénom du malade : BENHASSA NAÏMA Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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) : 

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
15/12/23	C2		300,00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/12/23

305,60

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 :

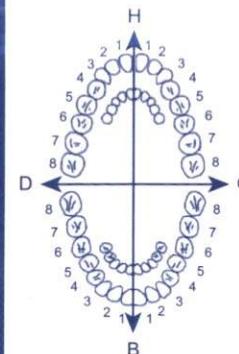
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

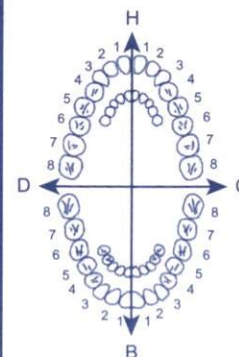
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
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

Dr. Najib BAGHDADI

SPÉCIALISTE O.R.L

Chirurgie Maxillo Faciale

Maladies du Nez - Gorge - Oreille - Vertige

Exploration de Surdité

Micro Chirurgie de l'Oreille

Ancien Chef de Service Hôpital Med V

Membre de la Société Française d'ORL

Expert assermenté près des tribunaux

الدكتور بغدادى نجيب

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف

الأذن والحنجرة، تشخيص الصمم

الجراحة المجهرية للأذن،

رئيس سابق لقسم الأذن، الأنف والحنجرة

بمستشفى محمد الخامس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض

الأذن، الأنف والحنجرة

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 17/12/23 : الدار البيضاء، في :

Mme Berna a Nain

PPV: 138,30 DH
LOT: 652168
PER: 07/25

أنتيبيو سينلار

38 x 17 x 8

Cetaryl

الالام والحصى

سيتاميل 1000 ملغ

باراسيتامول

CETAMYL 1000 mg
Paracetamol
Boite de 10 comprim s su s. PPV: 13,20 DH
6 118000 191438

PHARMACIE EL WAFAN
Des Sophoras
Casablanca
T l: 0522 503 023
Fax: 0522 503 023

5500

Biscuit

5500

7970

Azix

T. 30360

Dr. Najib BACHIRI
Specialiste ORL
Angle Bd A. Gode, El Hadjout
el Oued Imm. 1, Apt. 20, Casablanca
Tél. 0522 50 30 23 - GSM 0601 30 16 48

PPV 79DH70
PER 06/08
LOT M2218

PHARMACIE EL WAFAA
9, Allée Des Sophoras
Ain Sebaa Casablanca
Tél. 0522 55 16 23 Fax 0522 55 19 39

PHARMACIE EL WAFAA
9, Allée Des Sophoras
Ain Sebaa Casablanca
Tél. 0522 55 16 23 Fax 0522 55 19 39
Dr. Belkacem Abdellah

PHARMACIE EL WAFAA

DOCTEUR ABDELILAH BELLAMINE

PATENTE:31501035 RC:194554 CNSS:1171454
IF 47809400

15/12/2023

FACTURE N°1544471

BERRADA NAIMA

FORME	Désignation	QTTE	P.P.M.	Total
CO	AUGMENTIN 500MG/62.50MG ALVEOL	1	138.30 DH	138.30 DH
GO	ANTIBIO SYNALAR ORL	1	19.40 DH	19.40 DH
CO	CETAMYL 1GR / 10 CP	1	13.20 DH	13.20 DH
CO	BIOMYLASE 3000B/24CP	1	55.00 DH	55.00 DH
CO	AZIX 500MG/3CP	1	79.70 DH	79.70 DH
	MONTANT TOTAL			305.60 DH
	REMISE			0.00 DH
	MONTANT NET A PAYER			305.60 DH

• ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
TROIS CENT CINQ DIRHAMS ET 60CTS

ADRESSE:9,ALLEE DES SOPHORAS AIN-SEBAA CASABLANCA
TEL:05-22-35-26-26 /05-22-66-19-39

PHARMACIE EL WAFAA
Dr BELLAMINE Abdelilah
9, Allée des Sophoras Aïn-Sebaâ
Tel.: 35.26.26 / Fax: 66.19.39