

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- 0045381

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3417 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :
Nom & Prénom : IDRISS BENNANI
Date de naissance : 17.02.60
Adresse :
Tél. : 0661 236140 Total des frais engagés : 300 + 200,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BENNANI IDRISS 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 : 0481 Le : 12.03.24
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
21/03/24	C2		300	<p>Dr. CHRAÏBI Mde. Chakir Spécialiste O.R.L. 0522 29 33 17</p>
10/3/24	G		00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAZEMMA Avenue du Commerce - Résidence Tighazout - Casablanca Tél : 05 22 29 33 17	12/03/2024	200,90
Pharmacie LAZEMMA Avenue du Commerce - Résidence Tighazout - Casablanca Tél : 05 22 29 33 17	18/03/2024	375,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

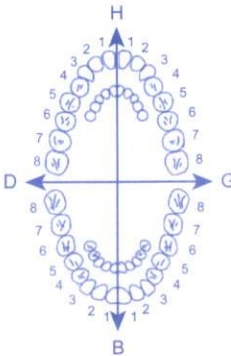
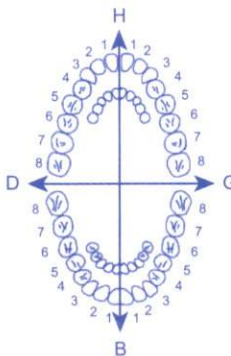
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

الدكتور الشرايبي محمد شقيب
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
و جراحة الوجه و العنق
82 زنقة سومية - شارع عبد المومن
عمارة رونو- الطابق 3- الدار البيضاء

الهاتف: 0522.25.26.19 / 0522.98.72.37

Casablanca, le 14/01/2014 الدار البيضاء ، في

○ \mathcal{L}_ε enthält die \mathcal{A} für

80, 10

1) Zyrtliche oder Centric = Xylo

41.30

2/2/2020

Difal 50 mg
Bte 30 comprimés
PPV: 41,30 DH



6 118000 190349

66.40

$$3 / \frac{K_{max}}{h \cdot \nu_i / \sigma}$$

13.10

4) Dolipran 3

LOT:10023002
PER:06/2025
PPV:66.40 DH

Dr. CHRAÏBI Muc. Vis
Spéc. Liste O.R.L.
Tél: 0522 77 40 19 57 20 97

$$\overline{T} = 200.90$$

PPV: 13DH10
PER: 11/26
LOT: M3924

Dr chraibi mohamed chakib
 CABINET D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 ET DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
 angle Bd abdelmoumen et
 82,Rue soumaya(immeuble Renault)
 3ème Etage.Casablanca
 Tél:0522.25.26.19 / 0522.98.72.37



الدكتور الشرايبي محمد شكيب
 عيادة أمراض الأنف-الأذن-الحنجرة
 وجراحة الوجه و العنق
 82 زنقة سومية - شارع عبد المومن
 عمارة رونو- الطابق 3- الدار البيضاء
 الهاتف: 0522.25.26.19 / 0522.98.72.37

Casablanca, le 18/01/2024 في الدار البيضاء ،

LOT : 23018
 PPV : 37 DH 30
 PER : 10/25

N° Demande Opér -

37,30

1) Exome
 37,30

LOT 240120
 EXP 01/27
 PPV 38DH90

2) Ciclohexal
 37,30

EXP 09/2026
 LOT 36038 22
 PPV 25DH10

25,10

3) Nitro

22,20

4) Cauter

97,90 x 2

5) Aene

PPV : 82 DH 20

LOT: 118-1
 PER: DEC 2025
 PPV: 95 DH 90

LOT: 118-1
 PER: DEC 2025
 PPV: 95 DH 90

T = 375,30

DR. CHRAIBI MOHAMED CHAKIB
 Spécialiste O.R.L.