

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

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° W21-726489 *Par courriel*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 768

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN

Date de naissance : 1945

Adresse : 166 Bd de l' ATLANTIDE POLO

casablanca

Tél. : 0661 174798

Total des frais engagés : 480,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Farida D'KAÏS
Généraliste
Rés. Attacharouk T 5
Sector 1 Imm. 2- 1er Etage
Tél. 0522/161.91 - Casablanca*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/10/2023

Nom et prénom du malade : Bendekraen Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection cardiaque

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 : 07/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-726489

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 768
 Nom de l'adhérent(e) : BENCHEKROUN
 Total des frais engagés : 480,90
 Date de dépôt : 07-10-24

RELEVE 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
01/04/26	C	1	6	INP : 031045260 Farida D'KHISSEY Généraliste Sous Attaché titulaire 11/04/2026

EXECUTION DES ORDONNANCES		
	Date	Montant de la Facture
HARMONIE CALIFORNIA Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Dacteur en Pharmacie Bd. Panoramique Casablanca - Tel. 0522-527422	08/04/24	480,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

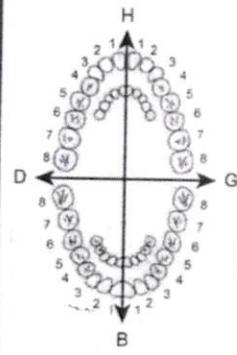
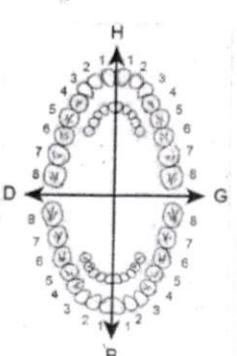
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>												
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Médecine Générale

الطب العام

ECHOGRAPHIE

الفحص بالصدى

Gynéco-Abdomen

تجسير العظام

OSTEOPATHIE

أمراض السكري

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine

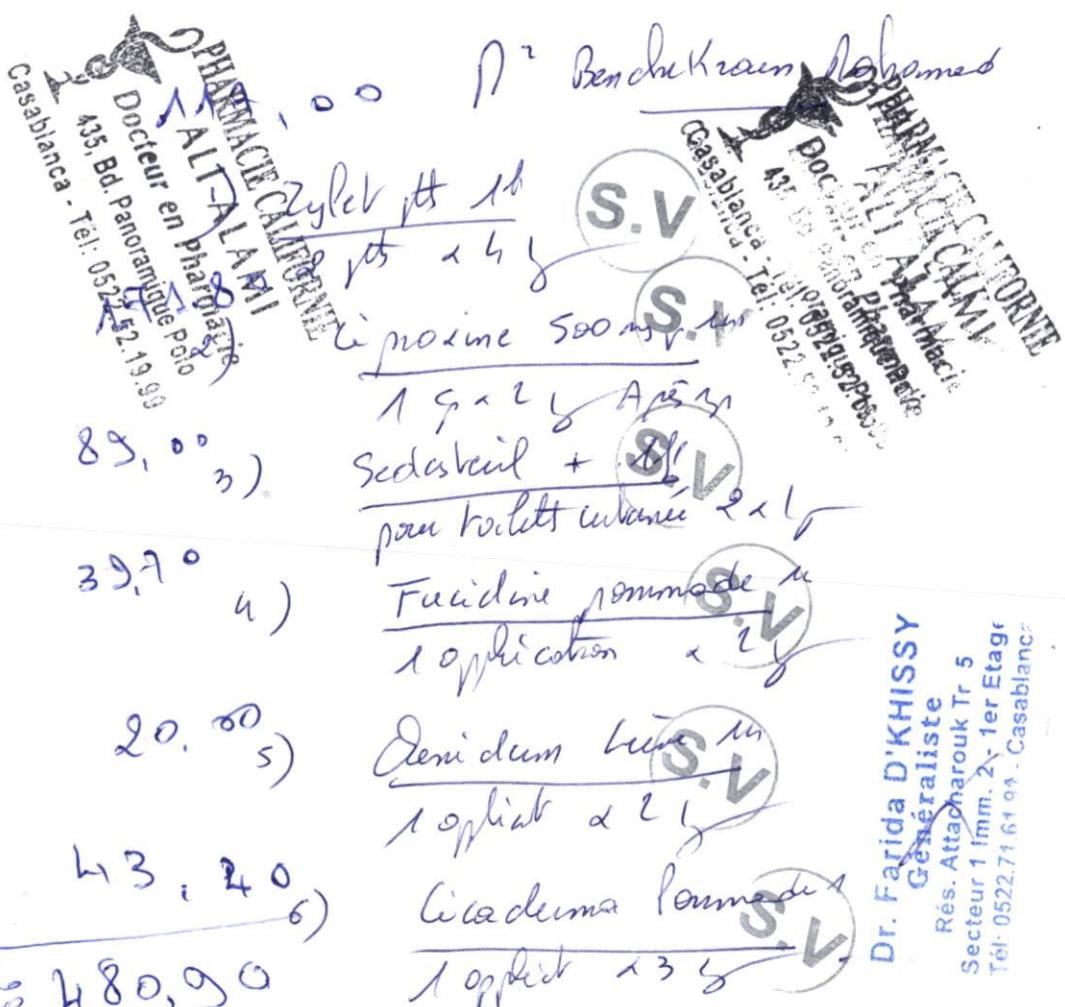
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

خريجة كلية الطب بمونبولي

Diplômée en Métrologie (Amiens)

الدار البيضاء في Casablanca, le 01/06/2026



Dr. Farida D'KHISSEY
Généraliste
Rés. Attacharouk Tr 5

Secteur 1 Imm. 2-1er Etage
Tél: 0522.716191 - Casablanca

e® 500 mg ○
imprimés pelliculés
Bayer S.A.

LOT : M0057
EXP : OCT 2025
PPV : 171,80 DH

SEDASTERIL +

SD36 0326 TE
LOT PER
Prix 89,00 N*

Cleniderm® crème
Béclométhasone dipropionate
PROMOPHARM S.A.



20,00

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

33,00

BAUSCH + LOMB

ZYLET®

Eshamato de laténacide
POUR USAGE OPHTALMIQUE UNIQUEMENT.
لا لاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma
PPV : 117,00 DHS

6 118001 270729

BOTTU SA
PPV: 43 DH 40

Pla

CICADERMA