

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° P19-0036267

ND: 30219

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : LOT ATTADAMOUNE RUE 1 APPT 17 80 OULFA

CASA

Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 407,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: 26 JUN. 2020]

Date de consultation : 15/06/2020

Nom et prénom du malade : M. HAJIL MOHAMED Age : 76

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

Nature de la maladie : affection chronique

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 : CASA Le : 15/06/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15/06/2020	CUS	150.000	257.600	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K Rue 154 N° 23.25 El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 89 09 63	15/06/2020	257.600 PHARMACIE SOUFIANE Groupe K Rue 154 N° 23.25 El Oulfa - CASABLANCA Tél: 05 22 89 09 63

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

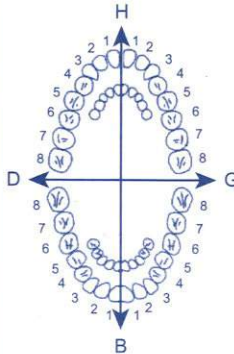
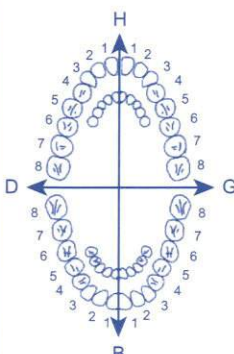
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				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'EXEC

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté

de Médecine - Casablanca

Médecine Générale

Nutritionniste

Médecin agréé par le Ministère de la santé

PHARMACIE SOUMANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
El Oufra - CASABLANCA
Tél: 06 22 89 09 63

Casablanca, le : 15/06/2023



الطبيب
خريجة كلية الطب
الدراسة
الطب العام
إختصاصية في التغذية والتمثيل الغذائي
طبيبة معتمدة من وزارة الصحة
الخبص الطبي لخدمة الساقية

MR HAJE L ROMA HED

69.00

1) Actoleure

40.50

2) Tardiflex 80

95.00

3) Tardiflex 80

3)

4) Tardiflex 80



المعلمة 35 (قرب الحاج فاتح) - الدار البيضاء

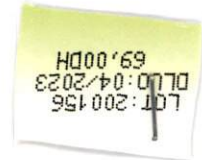
Tél : 05 22 93 15 79

319334

Résidences Arreda, GH 6, N°4 A 35 (près de haj Fateh)

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Distribué par COOPER PHARMA

30 comprimés pelliculés
Tardiflex 80mg



u) Relaxol CP 500 53,10

1 CP + 3 RIN

pd 7/20

257,60

~~Docteur~~ **DR. ELAINE BENOUTOU**
Généraliste - Nutrition
Médecin Agréée Par le Ministère de la Santé
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)
Résidente Médicaux, CHU Ibn el Jazair
Casablanca - Tel : 09 22 93 11 11

LOT : 19E004
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10

PER: 09 2022



PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 23/25
El Oufia - CASABLANCA
Tel: 09 22 93 09 88