

## 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 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

- 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° W19-565334

41912

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJENNA HASSAN

Date de naissance : 20-06-1956

Adresse : LOT 64 HAJ FATH S OULFA CASA

Tél. : 0664 162105 Total des frais engagés : 551,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUDAD Latifa  
Médecin Général  
Lot Annam Imn, A20 N°3 Oulfa  
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 44

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 28 / 09 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
	C	-	150,-	INP : 094033568 <b>DI BOUAD Latifa</b> Médecin Général Lot Annain Imm. 220 N°3 Oulfa TABLANCA Tél: 05 22 91 32 64

[illegible]

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

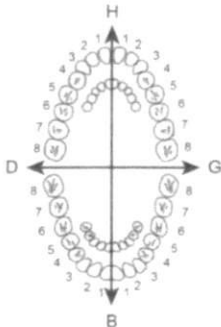
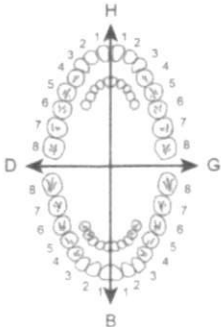
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

VOILET ADHERENT



Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

Diplôme U. en Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الطب العام  
دبلوم جامعي في داء السكري  
خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : ..... في : الدار البيضاء،

LOT : 20E009  
PER : 05/2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



*Benjara Haza*

*1710x9*

*- Metformine 850*

*1x + 31T*

*4910x3*

*- Anap 5mg*

*SV*

*3 mois*

*4910x2*  
*- Dure fte*

*401, 301 amp / se pdt 2 mois*

*SV*

**STE PHARMACIE HAMZA**  
CAS. - ANCA  
Lotto: Maj faran Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

LOT : 20E009  
PER : 05/2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 20E009  
PER : 05/2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



LOT : 20E009  
PER : 05/2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



PPV: 49,60 DH  
20E25

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

LOT: 20E009  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



LOT: 20E009  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



LOT: 20E009  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



LOT: 20E009  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



LOT: 20E009  
PER: 05 2023

METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



49,40

49,40

49,40