

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.

Prothèse 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Prendre 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.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037467

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1516 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIKRI AHMED
 Date de naissance : 01/07/1948
 Adresse : Hay Moubaraka Tur 3 Apt 6 Sidi-Berthouej - CASABLANCA
 Tél. : Total des frais engagés : 927,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENADDI HASSAN
 AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
 3 Bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui
 Sidi Bemooussi Casablanca
 Tél 05 22 73 27 09

Date de consultation : 12/3/2021
 Nom et prénom du malade : BIKRI Ahmed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hernie Aiguë
 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 : 12/03/2021
 Signature de l'adhérent(e) : Ahmed BIKRI

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
12.3.2021	C	C	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12.03.2021

819,80 DH

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 :

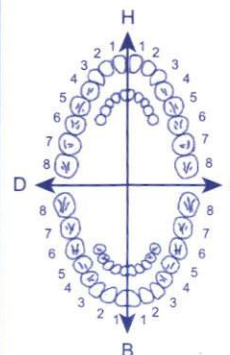
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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	

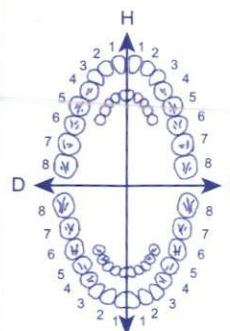
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

ORDONNANCE

Dr. BENADDI HASSAN

AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE

3 Bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui

Sidi Bemoussi Casablanca

Tél 05 22 73 27 09

Arabe, Le: 12.7.2011

Ben R. Ahmed



Laboratoires Sothema

Lot : 0129

EXP : OCT 2022

PPV : 29.12.2011

824,80
DH

29.07.11

29.07.11

29.07.11

29.07.11

29.07.11

29.07.11

29.07.11

- 1) Crystal 2 fois
- 2) Fel 1 fois
- 3) Ag 1 appl
- 4) Co 3 m
- 5) 3 m
- 6) 3 m

Dr. BENADDI HASSAN

AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE

3 Bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui

Sidi Bemoussi Casablanca

Tél 05 22 73 27 09

Dr. BENADDI HASSAN

AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE

3 Bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui

Sidi Bemoussi Casablanca

Tél 05 22 73 27 09

LOT: 20E009
PER: 11 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT: 20E008
PER: 07 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT: 20E009
PER: 11 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

FELDENE® Gel Pfizer
PIROXICAM 0,5 % 50 g
LOT:
PER:
PPV:

73, 40

N°LOT
Fab
Per
PPV

Sans PPV

LOT: 20E009
PER: 11 2024
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60



6 118000 061465

LOT: 265
PER: SEP 2022
PPV: 125 DH 00

à 30°C

GRM98 0923

LOT PER

Prix 89.00

corvus
Naturels

LOT: 276
PER: DEC 2022
PPV: 125 DH 00