

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

N° M20- 0008922 9751

☐ Maladie ☒ Dentaire 16861 ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9751 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUKRY AZZ
Date de naissance : 10/03/62
Adresse :
Tél : 0622353004 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/04/2021
Nom et prénom du malade : CHOUKRY KHARROUB Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Epilepsie et Anxiété
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 : Le :
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
13 Avril 2021		C2	2000	
22 Avril 2021		C1	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/2021	459,65
		403,60

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
		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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

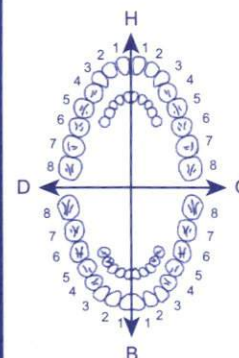
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables



6 18000 050889

LOT: 305
PER: NOV 2022
PPV: 126 DH 80

amed BENNIS

E GENERALE

ographie

é près les Tribunaux
ecin Militaire

ndez - vous

Casablanca, le 13/04/2021 في الدار البيضاء

Madame CHOUKRY EPOUADRI

1/ PANTOPRAZOL 20 MG CP

1 cp après le repas matin et soir

2/ CLOPRAME 10mg Cps

1 cp avant le repas matin, midi et soir

3/ TRANXENE 5mg gél bte 30

1 cp matin et soir

4/ NO DEP 50 CP

1 cp le matin

5/ REVITAL CP

1 cp après le repas le matin

6/ OXYMAG CP EFFERV

1 cp après le repas le soir

الدكتور بنيس محمد
مستشفى لدى المحاكم
الطبيب العام
الدار البيضاء
الهاتف: 0522 215 203 - 0522 211 307



الدكتور ام

الطبيب
الفحص

خبير محلف
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد



CLOPRAME 10mg
40 comprimés sécables



Prix : 123DH25

Lot / Batch n° :

Exp. date :

PPC (DH) : 82,00

94,90

05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23 - هاتف عيادة، الدار البيضاء - بين المدن - شارع 2 مارس - 713

713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoun - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743

med BENNIS

GENERALE

aphie

rés les Tribunaux

n Militaire

Z - VOUS

ablanca, le 22/04/2021

مد بنيس

عام

صدي

المحاكمة

ي سابقا

سعود

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743

Madame CHOUKRY EP QUADRY KHA

1/ PANTOPRAZOL 20 MG CP

1 cp après le repas matin et soir

2/ PERIDYS susp buv

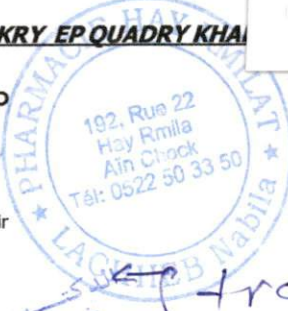
1 c à s avant le repas matin, midi et soir

3/ NO DEP 50 CP x 2

1 cp le matin

4/ TRANXENE 5mg gél bte 30 x 1

1 cp matin et soir



traitement
de 02 (Dus)
jours



الدكتور بنيس محمد
خبر محلف لدى المحكمة
الطب العام
2 مارس الدار البيضاء
0522 215 723 - 0522 211 5000

Pantoprazole GT 20 mg

20 comprimés gastro résistants



6 118000 420330

PERIDYS 1MG/ML
SUSP BU V F200ML
P.P.V 37CH/10



6 118000 011255

LOT : 20E010
PER.: 10 2022

05 22 21 13 07 / 0
713, Avenue 2 Mars

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743

LOT: 304
PER: NOV 2022
PPV: 201 DH 00

gélules sécables



6 118000 050995