

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

ditions 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.

diologie 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° P19- 052749

839.59

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIRI Saïd

Date de naissance : 05.11.52

Adresse : 64 Rue ezzezaoune Bp LA GIRONDE

Tél : 0666 81 81 24 Total des frais engagés : 597,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 7 / 2021

Nom et prénom du malade : SABIRI Saïd

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : CLAUDIUM M. M. M. M.

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

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

Le : 13 / 09 / 2021



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
23/7/21				

TRAUMATOLOGIE - ORTHOPÉDIE
Bd. de la Résistance - Casablanca
2ème Etage - 201 - Résidence Casa 7
Tél: 0522 44 99 30 - Fax: 0522 44 99 42
1 PC : 061020223

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/07/2021	297.70

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 d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

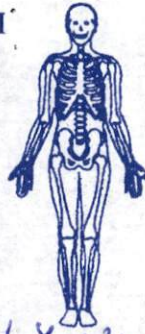
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
 Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse
 Assermenté Auprès des Tribunaux
 membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa I
 2ème Etage N° 204 - Casablanca
 Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42



الدكتور عبد الرفيح بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
 عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1
 الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء
 الهاتف : 05 22 44 93 39 - الفاكس : 05 22 44 93 42

Casablanca, le 23/4/21 في الدار البيضاء

SABIRI SMD

DR. ABDERRAFI BENABDENNBI
 CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE
 204 - Résidence Casa I
 Bd. de la Résistance - Casablanca
 Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42

27.70 x 3

4

CARDIO ASLIRINE

S.V

100

1 sachet 1 x 90 j

87.80

4

IBERM-x 15

S.V

37.00 x 2 1 cp 1 x 20 j 100 km

3

ACETHEO 500

S.V

52.80 1 cp 2 x 1 x 20 j

4

OMEGEN 20 / 0000 20

297.70 1 gel 10 cm x 14

DR. ABDERRAFI BENABDENNBI
 CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE
 204 - Résidence Casa I
 Bd. de la Résistance - Casablanca
 Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42

LOT 201565
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

14 x 



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

ACCETHIO®

500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20

Comprimés

RS
12/12
20

Voie orale

P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

ACCETHIO®

500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20

Comprimés

RS
12/12
20

~~Voie orale~~

P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

IBERMOX[®] 15 mg

Meloxicam

20 Comprimés par voie orale



IBERMA
Depuis 1993

LOT: 17320004
PER: 08/2023
PPU: 87,80 DH

IBERMOX[®] 15 mg
Meloxicam

Voie orale

20 Comprimés



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



كارديوأسبرين 100 م



حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



MFD

BT12L52

09 2019

09 2024

EXP



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



كارديوأسبرين 100 م

حمض أسيتيل ساليسيليك



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



MFD

BT12L52

09 2019

09 2024

EXP



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



كارديوأسبرين 100 م

حمض أسيتيل ساليسيليك



MFD

BT12L52

09 2019

09 2024

EXP