

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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- 0044601

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7698 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 93063

Nom & Prénom : KREIM Driss

Date de naissance : 01/07/1953

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 61 42 29 98 Total des frais engagés : 1 194,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2021

Nom et prénom du malade : Ben Kreim Age : 68

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

Nature de la maladie : Diabète

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 : 27/10/2021


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

Abdessalam BENKRANE
Médecin
146 Rue Oued Ziz Fila - Casablanca
Tél. : 05 22 20 45 45

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
26/10/2021			17000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/2021	10370

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

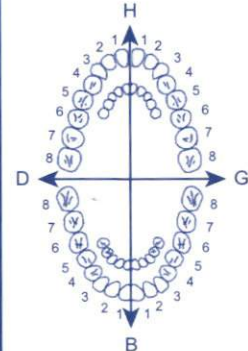
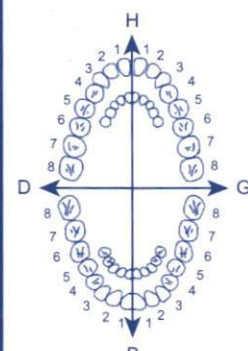
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																	
	<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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Diabète et Hypertension Artérielle
Asthme et Allergies
Electrocardiogramme

أمراض السكري و الضغط الدموي
أمراض الضيقة و الحساسية
التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le : : الدار البيضاء، في

26/10/2021

Madame BOUAFIA SAADIA

13316

1) VArtex 80

1 0 0

2) SAFLU 250 Aerosol

2 bouffees matin et soir

3) GLUCOPHAGE cp à 500mg

1 2 1

4) ADDITIVA vital cp

1 0 0

5) PRINCI-B FORT cp

1 cp 3 fois par jour

6) Risonel spray

1 0 0

7) Icam 5

0 0 1

8) Biomax

1 2 3,00 x 2

1034,70

3 MOIS

3 mois

au milieu repas

1 Boîte.

Au milieu du repas.

Docteur BENKIRANE ABDESSLAM

N° du Lot 21A14

Date Per. 01 202

P.P.V: 119,10 DH

20,80

20,80

20,80

Lot n° :

EXP :

PPV :

90,50

PPV

LOT

PER

50,60

PPV

LOT

PER

50,60



BIO MARTIAL

À base de fer

LIPOFER
microcapsules

Absorption maximale

Fer micronisé et micro-encapsulé



LOT: 2107007
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PVC: 123.00DH

30 Gélules

BIO MARTIAL

À base de fer

LIPOFER
microcapsules

Absorption maximale

Fer micronisé et micro-encapsulé



LOT: 2107007
FAB: 07/2021
EXP: 07/2024
PVC: 123.00DH

30 Gélules



قارتیکس

قالسارتان

LOT 210170 1

EXP 02 2024

PPV 131.50 DH



ADDITIVA[®]

Vital



Multivitamines · Minéraux
Oligo-Éléments

+ Extrait de Ginseng

41,0 g

Dr. **Scheffler**[®]

30 Comprimés
dragéifiés



4 026466 060217

99,00 Dh.

PPV: 185 DH 00

PER: 02/2024

LOT: GB10602 -

SAFLU[®]

Propionate de fluticasone
/salmétérol

250 /25
µg

Voie inhalée

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

120 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR