

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.

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.

Educational :

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.

Traitement :

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

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° M21- 068424

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1512 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MUHOITRI Mohamed
Date de naissance : 29/51
Adresse : TARIK EL KHEIR Rue 12 LOT 17 AP. 8
Benmoussa CASR
Tél. : 0661422002 Total des frais engagés : 741,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ABDESSAM BENADADA
MEDECINE GENERALE
الطبيب العام
نقطة 16 فوق حمام طريق الخير
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
Fix : 0522 73 96 06 GSM 0661 07 24 12

Date de consultation : 25/11/2021
Nom et prénom du malade : Helle LAKHOITRI Saba Age : 15/9/2001
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Myxome - Colopathie chg. Anémie
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 : CASR -

Le : 25/11/2021


Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

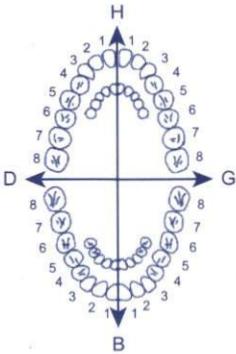
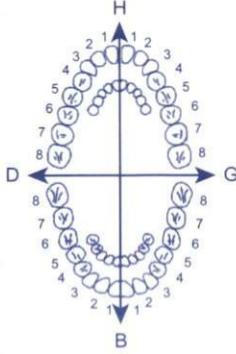
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/11/24	cal	a1	160	<p>Docteur ABDESSAMI BENADADA</p> <p>الطبيب العام</p> <p>MEDECINE GENERALE</p> <p>16. نقدة 4 شقة 8 فوق حمام طريق الخير</p> <p>سيدي البرنوصي - الدار البيضاء</p> <p>0522 73 96 06 GSM 0661 07 24 12</p>

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/11/21	ca	21	160	<p>Docteur ABDESSAMI BENADADA</p> <p>الطبيب العام</p> <p>MEDECINE GENERALE</p> <p>16 نقرة 4 شقة 8 فوكو حيام طريق الخير</p> <p>سيدي البرنوصي - الوادي البيضاء</p> <p>Fix : 0522 73 96 06 GSM 0661 07 24 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/21	581,00 DH

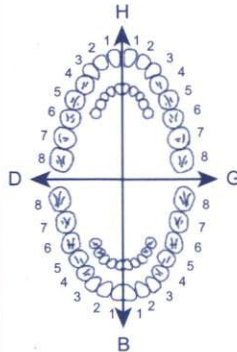
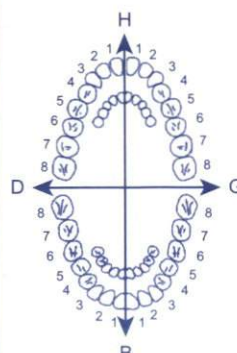
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/21	581,00 DH

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
					COEFFICIENT DES TRAVAUX							
					MONTANTS DES SOINS							
					DEBUT D'EXECUTION							
					FIN D'EXECUTION							
		O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX					
		PROTHESES DENTAIRES		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>D</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
					MONTANTS DES SOINS							
					DATE DU DEVIS							
					DATE DE L'EXECUTION							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdessami BENADADA
Médecine générale

diplôme médecine du sport
diplôme échographie générale



تور عبد السمیع بن اعدادة
الطب العام
دبلوم الطب الرياضي
دبلوم الفحص بالصدی

ORDONNANCE

Casablanca, Le 25/11/21

الدار البيضاء، في

Melle: LAKHOITRI Salma
73,80 - Fitofor B9 1p - abt
99,00 - Oedys 1p
18,30
- Clopic 1p a 3m h up M
27,50 x 2 = 55,00
- Spasal 1p a 3p
445,00
- Tavanic 5- 1p B
53,40
- Deladols 1p a 3p
22,80 x 3 = 68,40
- Certancy 1p
22,70
- Bayat 1p a 3p
33,70
- Enach 1p a 3p

16 زنقة 4 فوق حمام الخير س. البرنوصي - الهاتف : 05 22 73 96 06

16, Rue 4, Dessus Hammam Tarik Lkhair, S. Bernoussi - Casablanca - Tél : 05 22 73 96 06

T = 581,00 DH

LOT: 210045
PER: 02/2026
PPC: 79,80 DH

Fitofer
B9

LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00 DH

PPV 180DH30 EXP 05/2024
LOT 14017 3

CLOPRAME
Solution buvable

27,50

87,50

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel bo
P.P.V: 145,00 DH

6 118001 080670

LOT 350117
PER: 02 2022
RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

Fucidine 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

LOT:
PER:
PPV: 24,70

24,80

22,80

24,80