

**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.

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

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- 0015967

Maladie Dentaire Optique Autres 98154

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
Nom & Prénom : RHOUFACHA Nooredine
Date de naissance : 01/10/1957
Adresse : CHERAM IMM77 APP3 ATTADAMO, IN EL OULFA CASA
Tél. : 0674732292 Total des frais engagés : 1037,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2021
Nom et prénom du malade : RHOUFACHA Nooredine
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : DALLEUR STOKARIET
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 : 30/12/2021
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
22/10/21	EST		150,00	
	ECC		100,00	
29/10/21	CT		Contuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/21	335,80
	29/10/21	452,00

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 :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 27 / 10 / 2014

Nom et Prénom : KHAYFAH

BOUMEDJENE



226,00
LOT 20006
PER 05/22
PPV 226DH00

1/ ESTE ...
226,00 + 2 ...
L'EST

226,00
LOT 20006
PER 05/22
PPV 226DH00

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chhdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 87 82 - 06 04 72 36 74
INPE: 91770679

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotus bel fatesh Rue 6 N°3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 27/10/2021

Nom et Prénom :

RHOUFACHA Nouredine



30,70 x 2

KARDEGIC 75

1 sachet à midi après le repas, pendant 3 mois

VASTAREL 35

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

SORBHÉPATIC

1 comprimé, matin et soir



137,20 x 2

335,20

137,20

137,20

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Maj. fatch. Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522.93.10.28

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
1 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa
INPE: 9117061.0
0522.91.07.62 - 05 04 72 39 14

[Handwritten signature]

27-Oct-2021 13:04:50 Fréq. Card.: 75 BPM
Axes P-R-T: 23 12 -1 Int PR: 161ms
Dur.QRS: 80ms QT/QTc: 358/387ms

27-Oct-2021 13:04:50

Handwritten: KAWFA LTA
NANP...
Handwritten signature: Mehdi Benjelloun

ID:
D-naiss:
ans,

Handwritten: Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 511/0670

