

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.

Radiologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Harlog
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-515884 / 6074
ND: 98774.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN SARI Abdel Halim
 Date de naissance : 22/03/50
 Adresse : Hay Nassim Rue F n°6
 Tél : Total des frais engagés : 655,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/10/2021
 Nom et prénom du malade : BEN SARI Abdel Halim
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite + conjonctivite
 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 Le : 21/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Diagnostic
25/10/2021	ca		300,00	INF 0911/16291

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Fortifiant

Date

Montant de la Facture

21-10-2021

355,10 D.I.F.

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INF [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU TRAVAIL

DATE DE L'EXÉCUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
D
B
G

[Creation, remont, adjonction]

[Remplacement, Remplacement, Remplacement à la profession]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca



الركتورة لطيفة بوطيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام
والمفاصل (الروماتيزم)
خريجة كلية الطب بمرسيليا
(بفرنسا)
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Casablanca, le 25/10/2021 الدار البيضاء، في

ORDONNANCE

Monsieur Abdelhakim Ben Sani

44,40 Cellulisc
1 dose halj d chaque

68,40 Vitachop
1 gtt halj

22,40 Rhumis sachet
1 sachet 30j

28,40 stodal sy
x2 1 ca 30j

26,40 Tolmed 33
1 gtt 30j

138,30 Augmentin rw 600
355,10 & cp 90j

Pharmacie EL ANADI
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelhakim Ben Kaddour
Tél. 05.22.39.99.57

283, شارع محمد الزرقطوني قرب شارع الزيراوي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.39.99.57

283, Bd Mohamed Zerkoutouni (environ Boulevard Ziraoui) - Casablanca - Tél. : 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE : 091164491

DISTRIBUE PAR LES LABORATOIRES
AFRIC-PHAR PPM: 44,40 DHS

RIMA PHARMA
PVC : 68,00

8 028117 714100

06/2024

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

Exp.: CIP: 3400931000679
M8070217
07/2023

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 191032

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Alcon®

TOBREX® 0,3 %
Collyre 5 ml

Remboursable AMO

6 118000 020417

PPV: 138,30 DH
LOT: 590910
PER: 06/20