

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

- 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° W21-657966

103133

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAARBAOUI AZIZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 447 + 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30 / 11 / 21

Nom et prénom du malade : BENOSMANE OTHMANE Age :

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

Nature de la maladie : TSA

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 : 03 / 02 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 2010 Rue Al Foulal - Casablanca Tél : 05 2455 40 25 C: 245509 / Pte.: 65873067 IF : 40436642	30/11/2021	477,10 DA

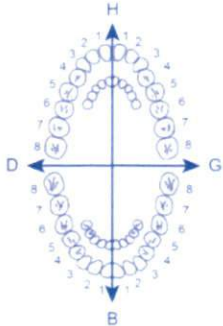
[illegible][illegible]

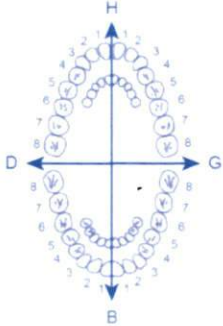
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>		
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
		<p>[Creation, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Therapeutique. necessaire a la profession</p>	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Guillaume Hucay

PHARMACIE DES STADES 201C
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Pte.: 35873067
IF : 40436542

Tweber 20
189,10

00230236

288,10

Prsdd 2

00230299

477,10 DH 1 le sol

SDAL®
LOT 0102086
EXP 02/24
PPV 288DH01
primés pelliculés

Relbning for

1 le sol

G. BENJELLOUN
Professeur En.
Pedopsychiatrie

20 ملغ

30

برشامة

عن طريق الفم

تونيلاوز

فلوكسيبتين

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

189,10

500202i



NOTE D'HONORAIRES

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

Je soussigné Dr. _____,
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
Mr(me) BENOSIGANE OTAFANE et lui présenter
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son
hospitalisation à la clinique du consultation psy au _____,
soit la somme de 60000

Fait à Casablanca, le 28-12-2021

Signé :

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné Dr. G. BEJELLOUN
Professeur Lr.
Pedopsychiatrie
ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à
Mr(me) BEWESMANE OTHMANE et lui présenter
ma note d'honoraires en règlement de son suivi lors de son
hospitalisation à la clinique du Consultation psy. au ,
soit la somme de 600DR

Fait à Casablanca, le 30-11-22

Signé :

G. BEJELLOUN
Professeur Lr.
Pedopsychiatrie