

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 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

- Reclamation : 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.

N° W21-693036

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>487</i>	Société : <i>106369</i>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>BENOUACA Bachir</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <i>/</i>			
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : _____			
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____			
Signature de l'adhérent(e) : _____			



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-693036
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

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.

Reéducation :

- 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

- 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hydra - Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 187 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mestour Mini Houria
RHUMATOLOGUE
Tél. : 0522 730 068

Date de consultation : 12/11/2011

Nom et prénom du malade : BEN OUAZA Boujemil Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : arthrose

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
1/1/22	A		200	Docteur Metouk Mouloud
2/1/22	C			Docteur Metouk Mouloud

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224-00 Oued Moulouya El Oufa 220-222-224-00 Oued Moulouya El Oufa Casablanca - Tel: 0522.90.51.13	1/1/22	130.50
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224-00 Oued Moulouya El Oufa 220-222-224-00 Oued Moulouya El Oufa Casablanca - Tel: 0522.90.51.13	28/08/22	320.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	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**

Docteur Houria MESTOUR-MRINI

Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE

Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Vertebrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France

الدكتورة هوريه ماستور المريني

جامعة كلية الطب
سانس(فرنسا)

احسانه في امراض العظام والمقاصيل
عصابات العمود الفقري وامراض الرقبة (روماتيزم)
طبيبة سانسا ماستور فرنسا

Casablanca, le

28/2/22

الدار البيضاء في

BENDUAR A

Doudi

28,00 x 6

1) MODOL 200 mg

1 - A - 1/2

76,20

2) isethin 20 mg

1 - 2 - 1/2 mg

76 320,40

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
220-222-224 Bd Oued Moulay El Oued
Casablanca - Tél: 0522 730 068
ICE: 0022912

Docteur Mestour Mrini Houria
RHUMATOLOGUE
Tel.: 0522 730 068



6 118001 030408

○ VOLTARENÉ® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861



6 118001 030408

○ VOLTARENÉ® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

NO - DOL CODEINE
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

Docteur Houria MESTOUR-MRINI

الدكتورة حورية ملسنور المرينج

**Diplômée de la Faculté Médecine
Nancy-FRANCE**

**Spécialiste des Maladies des Os, Muscles
Colonne Verteébrale, Articulations et Rhumatismes
Ancienne Attachée des Hôpitaux de France**

جريدة كلية الطب
بنانسي (فرنسا)

العكلات العمود الفقري وأمراض الرئبة (ومانيزم)
اختصاصية في أمراض العظام والمفاصل
طبية سابقاً مستشفى فرنسا

Casablanca, le

BENOUALA Boudaïb

136, 50

11 Alyse R.

57

CE WILAYS MOUNTAIN
ZEKRI Abdellah
Dokter
220-2224 Casablanca
ICE: 002-2912-0522-912000007-13

56,65

38.00
by Shilowd

N337

76, 22

02.20

$$y = \cos(\theta) \quad \theta = 1 - \frac{m}{M}$$

17/30

Aractine



1 - 1 - 3

T = 30.8.80

PHARMACIE WILH. MOULOTY
Casablanca
ICE: 0522905113
226 Casablanca
Tunisie
Pharmacie
Jedouya El Oulemia
Casablanca
Tunisie
0522905113

Docteur Mestour Mimi Houria
RHUMATOLOGUE
Tél.: 0522 730 068

Lot.: 21C285
Exp.: 03.2024
PPV: 136DH50

ARACTINE® 4 mg أراكتين® 4 ملجم
Cyproheptadine سبروهيتادين
17/30

6 118001 030408
VOLKAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV: 76.20 DH

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
LOT: 21E003
PER.: 07/2025
P.P.V: 56DH60

118000 061465

PPV: 22DH20
PER: 12/23
LOT: K3612