

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.

Educations :

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.

Prothèse 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- 0021646

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D L MADINA LJADIDA

Tél. : 0662189350

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/2/2019

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET A

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
28-2-22			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/2/22	Echographie Red	400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

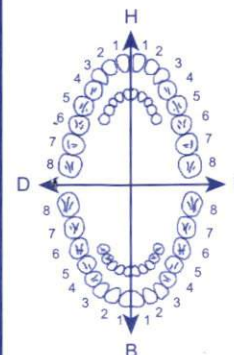
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

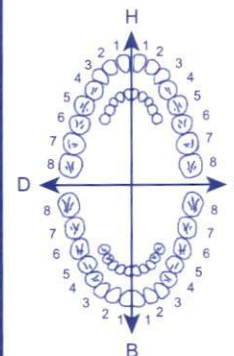
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M U P R A S

N° Admission : 22002238 N° Facture : 22002177 Date facturati: 26/02/2022

*Nom et prénom du patient : Mr **BENYASS ABDELHAFID**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO PIED	1.00	400.00	400.00
Sous-Total			400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : 400.00DH

Adhérent : Part organisme : 0.00 DH
 Mle : Part patient : 400.00 DH
 PC N° :



Dr. El Hassan BOUKIND

Professeur en Chirurgie Plastique, Esthétique, Réparatrice et Brûlés
Ex enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex. Chef du Centre des Brûlés et de Chirurgie Réparatrice
et Esthétique C.H.U Ibn Rochd Casablanca

د. الحسن بوكيند

الجراحة التجميلية و التقويمية و الحروق
أستاذ سابق بكلية الطب
رئيس مصلحة سابق بالمركز الوطني للحروق و الجراحة التجميلية
و التقويمية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

26/11/2022

Dr. El Hassan Boukind

Collection de la photo

de l'avis de

=> charge

Dr. Boukind El Hassan
Chirurgie Plastique
Reconstruction et Brûlés
24, Rue Imam El Aloussi - Face Clinique Badr
Tél: 0521 221 55051 - Fax: 0521 221 55052

24, Rue de l'Imam El Aloussi, (Face Clinique Badr) Casablanca – Maroc ☎ (أمام مصحة بدر)

☎ +212 (0) 522 22.75.50/51 ☐ +212 (0) 622.09.81.99 ☎ +212 (0) 522 22.75.52

Casablanca, le 26 Février 2022

MR. BENYASS ABDELHAFID

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE DU PIED GAUCHE

Indication :

Bilan de tuméfaction chez un patient connu pour pied diabétique.

Résultat :

- Importante infiltration œdémateuse du tissu cellulo graisseux sous cutané de la cheville et de la plante du pied.
- Mise en évidence au niveau des parties molles superficielle du tiers moyen de la plante du pied d'une plage hypoéchogène, mal limitée, non vascularisée au doppler couleur, étendue sur environ 3cm de hauteur, pouvant correspondre à une atteinte phlegmoneuse en voie de collection .

DR HABCHAOUI SANAA

