

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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- 065459

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 107283
Nom & Prénom : BEN BACHRAH ISMAIL
Date de naissance : 01-01-1948
Adresse : Hassan 2 Bloc A N° 24 Casa
Tél. : 0667 216318 Total des frais engagés : 250 + 1810,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 02/03/2022
Nom et prénom du malade : BEN BACHRAH ISMAIL Age : 78
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/12 | CST ECC | | 25900 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------|-----------------------|
| PHARMACIE KM.9 148, Lissasfa 1 Bloc C Casablanca INRE: 09.20.36.78.89 Tel: 05 22 65 00 11 | 02/12 | 1812,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

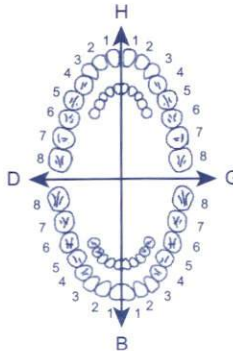
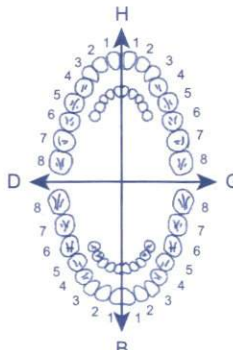
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | [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 :02/03/2022

Nom et Prénom :

BENBACHRAH Smail

138.10 x 6

TANZAAR 100

43.00 x 12 comprimé le matin, pendant 6 mois

INIKAL 5

30.70 x 6 1 comprimé, matin et soir, pendant 6 mois

KARDEGIC 75

47.00 x 6 1 sachet à midi après le repas, pendant 6 mois

XEDILOL 6.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

= 1810,80

PHARMACIE KM. 9
146, Lissasfa. 1 Bloc. O
Casablanca
INPE: 09.20.36.78 39
Tél : 05 22 65 00 11

الدكتور مهدي بنجلون
Rue 2, N° 61
Tél : 05 22 65 00 11
Fax : 05 22 65 00 11

LOT : 21E007
PER : 02 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E007
PER : 02 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E009
PER : 05 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

LOT 213055
EXP 11 2024
PPV 47 00

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E007
PER : 02 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E007
PER : 02 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

LOT 213055
EXP 11 2024
PPV 47 00

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 21E007
PER : 02 2023
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

LOT 213055
EXP 11 2024
PPV 47 00

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

TANZAAR® 100 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 071563

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766

inikal® 5 mg
30 comprimés
6 118000 340126

LOT : 210740
EXP : 04/2024
PPV : 43,00DH

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766

LOT 213055
EXP 11 2024
PPV 47 00

LOT 213055
EXP 11 2024
PPV 47 00

Xedilol® 6,25 mg, comprimé sécable
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N° 214/19/DMP/21/NRQDNM
6 118000 021766