

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° W21-709734

117219

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2357 Société : RAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OMAR
 Date de naissance : 06-01-1951
 Adresse : Hassanella
 Tél. : 066186727 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04-01-2022
 Nom et prénom du malade : ANRANI OMAR Age : 1951
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Atteinte généralisée
 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 : 066186727 Le : 04 / 01 / 2022
 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
06.05.2012	C		250,00	INP : 1111111111

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 : 1111111111

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

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

Docteur BEN CHEKROUN Abdelhamid

Médecin Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os, des articulations
des muscles, et de la colonne vertébrale,
Ancien médecin attaché aux hôpitaux de
Nancy en France
Ancien médecin - Chef du service de
Rhumatologie et rééducation à l'hôpital
Moulay Ismaïl de Meknès

الدكتور بن شقرون عبد الحميد

طبيب اختصاصي في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل، أمراض العضلات
والعمود الفقري
طبيب ملحق بمستشفيات نانسي بفرنسا سابقا
رئيس مصلحة أمراض الروماتيزم والترويض
الطبي بمستشفى مولاي إسماعيل مكناس سابقا

Meknès, le

الدكتور بن شقرون عبد الحميد

Docteur BEN CHEKROUN Abdelhamid
Médecin Rhumatologue
15, Avenue Mohamed V - App. N° 6
MEKNES - Tél. : 05 35 52 60 65

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BEN MOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

1. Dose

188,00



105
3 mois

2. Alexe - 105

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BEN MOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

3. Dose

52,80



PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahal Ben Ahmed
Dr. Mme BEN MOUSSA Ouafae
Tél : 05 22 24 80 54
Fax : 05 22 24 85 44

210,80

الدكتور بن شقرون عبد الحميد
Docteur BEN CHEKROUN Abdelhamid
Médecin Rhumatologue
15, Avenue Mohamed V - App. N° 6
MEKNES - Tél. : 05 35 52 60 65

15, شارع محمد الخامس شقة 6 إقامة لطيفة مكناس الهاتف / الفاكس : 05 35 52 60 65 (فوق الصيدلية المركزية)

15, Avenue Mohamed V Résidence Latifa - App N° 6 Meknès (au dessus de la Pharmacie Centrale) Tél/Fax : 05 35 52 60 65

E-mail : a-benchekroun@hotmail.com

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

LOT 210830

EXP 01/2024

PPV 52.80DH



THE OFFICE OF THE
ATTORNEY GENERAL
STATE OF NEW YORK
ALBANY, NEW YORK
12244-0001