

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

- 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

M22- 0010152 126937.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1502 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : décedé
 Nom & Prénom : MAHMOUD EL FERMI
 Date de naissance :
 Adresse : Souda II n° 4 Sidi Maarouf cas
 Tél. : 0661137259 Total des frais engagés : 882,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR BENOUNA Houria**
 Médecine Générale - Echographie
 Lot. Haddioui, Rue 3, N° 266 - Sidi Maarouf III - Ouled Haddou - CASA
 Tél: 0522.32.13.29
 INPE: 091173120
 Date de consultation : 28/07/22
 Nom et prénom du malade : NAKH LAOUI RACHIDA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ankylose
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 28/07/22

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
28/07/22	c		100 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Les 1000 45 Lotissement - Sidi Maârouf III - Casablanca - Tel : 09 44 32 10 10	28/07/2022	662,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

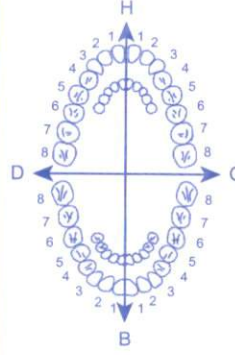
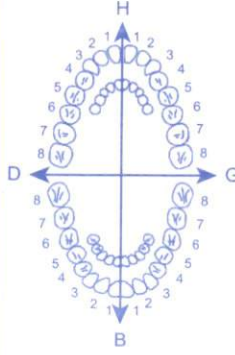
Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Pharmacie Les 1000 45 Lotissement - Sidi Maârouf III - Casablanca - Tel : 09 44 32 10 10	28/07/22			6		120 000

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																					
				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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[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

Docteur Houria BENOUNA

Médecine Générale

Echographie

LOTISSEMENT HADDIOUI, Rue 3, N° 266

Sidi Maârouf III, OULED Haddou - Casablanca

Tél. : 0522 32 13 29

الدكتورة حورية بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

تجربة الحديوي، زنقة 3، رقم

سليدي معروف 3، اولاد حدو - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 32 13 29

ORDONNANCE

Casablanca, le : 28/07/22 : الدار البيضاء، في

NAKHLA OUI RACHIDA

- mobic 15mg/15ml 15ml/5

37.00

+ Coltra 65

51.00

- Codoliprane (N°2)

02x22,20

3 g/5

Fosavance . (N°2)

193,60 x02

1 g/sem

71,30 x02

- Kan 40

662,20

Pharmacie des Idriissides
Lotissement Haddou Sidi Maârouf III
Casablanca - Tél : 05 22 32 10 80

DR. BENOUNA Houria
Médecine Générale - Echographie
Lotissement Haddou - Sidi Maârouf III - Casablanca
Tél : 05 22 32 13 29
INPE: 09 14 43 120

6 118001 040131
MOBIC 15mg / 1,5ml ○
(Meloxicam)
Boîte de 3 ampoules injectables
BOTTU S.A. PPV: 37 DH 00

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل

LOT 086721
UT AV 03 2025
PPV 51.00 DH

PPV: 22DH20
PER: 12/23
LOT: K2483

PPV: 22DH20
PER: 04/24
LOT: L1604

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ
6 18001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

70058199/00-1
ANM 294/17 DMP/21/NRQ
6 118001160471
Fosavance 5600 UI
4 comprimés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 193,60 DH

71,30

71,30