

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

N° W21-660498

133070

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9634	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHANTEC YOUSSEF			
Date de naissance : 11/01/1971 à Rabat			
Adresse : ml			
Tél. : 0661057136 Total des frais engagés : 915,60 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Professeur M. ACHOURI Neurochirurgien 76, Bd. Abdelmounim Ressendi Kontoubia 4ème Etage Casablanca Tel : 05 22 98 03 75 </div>			
Cachet du médecin 29/09/2013 Najat Soufiane H. HAKAN Capable			
Date de consultation : 29/09/2013 Nom et prénom du malade : Najat Soufiane Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Capable 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 : **Castorama**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **29/09/2013**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Tél: 05 23 32 00 00</i>	29/9/21	515,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	$\begin{array}{c} H \\ \\ \text{---} \\ \\ \text{D} \quad G \\ \\ B \end{array}$	$\begin{array}{c} H \\ \\ \text{---} \\ \\ \text{D} \quad G \\ \\ B \end{array}$	$\begin{array}{c} H \\ \\ \text{---} \\ \\ \text{D} \quad G \\ \\ B \end{array}$	
	$\begin{array}{r rr} & 25533412 & 21433552 \\ \text{D} & \hline & 00000000 \\ & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ & \hline & B \end{array}$			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

Docteur ACHOURI M.

Professeur à la F.M.C

NEUROCHIRURGIEN

NEUROCHIRURGIEN PEDIATRE

Diplômé de la Faculté
de Medecine de Marseille-France

Membre de la SNL Française

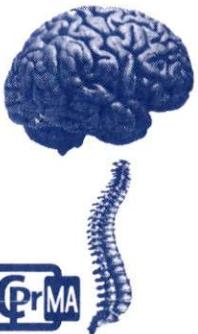
76, Bd.Abdeloumen Résidence

Koutoubia 4^{eme} étage - Casablanca

e-mail : machouri2002@yahoo.fr

Whatsapp : 06 19 20 74 01

Casablanca, le



الدكتور عشوري م.

أستاذ بكلية الطب

اختصاصي في أمراض وجراحة الدماغ

والأعصاب والعمود الفقري

(الكبار - الأطفال - الرضع)

خريج كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

شارع عبد المؤمن

إقامة كتبية، الطابق 4

الدار البيضاء



29.9.12

الدار البيضاء،

Pharmacie La LIBERTÉ
336, Merzouka
Tél : 05 22 98 03 06
Mohamed Ali El Alia

180 v
180 v

M. Najat

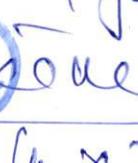
Sofiane

1) Flvox 600



18,40 → 2) 1 g x 2 / jour x 10/29

2) Traume G



29,10 3) Dolifeu 600



89,10 4) Aenouri
Neurochirurgien
Résidence
Koutoubia 4^{eme} étage Casablanca
Tél : 05 22 98 03 75

515,40 Professeur M. AENOURI
Neurochirurgien
Résidence
Koutoubia 4^{eme} étage Casablanca
Tél : 05 22 98 03 75

Arevoir Dans



Tél.: 05 22 98 10 63 - 05 22 98 03 75

LOT 221501 1
EXP 06 2025
PPV 180.00

PPV 29DH1G
PER 06/24
LOT L2233

LOT 221616 1
EXP 05 2025
PPV 180.00



8 051128 636727

Lot : 22003
À consommer de préférence avant le : 02/2025
P.P.C : 89,50 DH

