

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

- Reclamation : 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° P19- 0043929

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

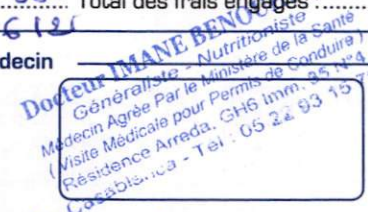
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 528 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENOUGHOU MOHAMED
 Date de naissance : 29/01/42
 Adresse : 3, Rue Soua Brou Zouhair, Esc B, Apt 55, 2ème étage P. P. P. CASABLANCA
 Tél. : 0522250700 Total des frais engagés : 492,10 Dhs
 687 066880612

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2022
 Nom et prénom du malade : BENOUGHOU MOHAMED Age :
 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 : CASABLANCA

Le : 05/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

07/12/2022 C 250.00 DH
Cesugt

Docteur IMANE RENOUILLÉ
Généraliste - Mariage de la Santé
Agree Par le Ministère de Conquête)
Médicale pour Permis de Conquête)
Arrêté GH6 Imm. 35 N°4
Tel : 05 22 93 15 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date _____

Montant de la Facture

05/12/22

342.50

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

AM

PC

IM

IV

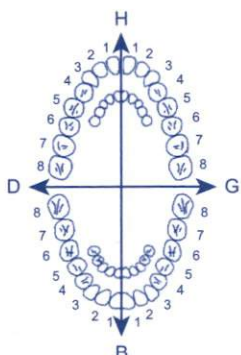
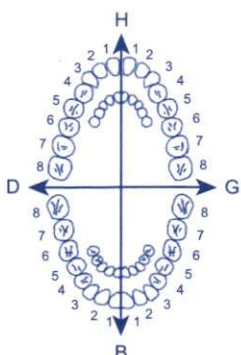
Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	
					

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552	
	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
			B

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane Benouhoud

Diplômée de la faculté
de Médecine de Casablanca
Médecine Générale

Nutritionniste

Médecin agréé par le Ministère de la santé
Visite Médicale pour permis de conduire

الدمجتورة إيمان بنو هود

خريجة كلية الطب
الدار البيضاء.
الطب العام

إختصاصية في الحمية والتغذية
طبيبة معتمدة من طرف وزارة الصحة
الفحص الطبي لرخصة السياقة



Casablanca, le : 05/12/2022

MR BENOUHOUD
MOHAMED

69,00

1) Biocane CP

1 cp 1 j

140,00 + 80,00

220,00

2) Augib 50

1 cp 1 j

22,00

3) cedol CP

1 cp x 2 j 1 j

LOT: M0557
PER: 07/2023
PPV: 69,00DH

Dr. Mohamed LAHLOU
28, Bd. Des Sabines
Angle Rue De Rome - Casablanca
Tél: 05 22 36 13 39
Fax: 05 22 36 13 39
C: 31222 - F: 10221935

LOT: 282
PER: AVR 2025
PPV: 80 DH 00


Docteur IMANE BENOUHOU
Généraliste - Nutritionniste
Médecin Agréé par le Ministère de la Santé
Visite Médicale pour Permis de Conduire
Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35 (près de Haj Fateh) Hay El Oulfa Casablanca.
Tél: 05 22 93 15 79

إقامات الرضا. GH 6, رقم 4, العمارة 35, (قرب الحاج فاتح) الألفة - الدار البيضاء.

الهاتف : 05 22 93 15 79

Résidence Arreda, GH 6, N° 4 A 35 (près de Haj Fateh) Hay El Oulfa Casablanca.

INPE : 0091164749 / ICE : 001892910000051

4) Akdeniz misp
31,50 1 cās * 3fi 2 pda 

Docteur IMANE BENOUGHOU
Généraliste - Nutritionniste
Médecin Agréé Par le Ministère de la Santé
(Visite Médicale pour Permis de Conduire)
Résidence Arreda, GH5 Imim, 35 N°4
Casablanca - Tel : 05 22 93 15 79

342,50

PHARMACIE LMV
Dr. Mohamed LAHOU
20, rue des Epines - Casablanca
Ande Rue de l'Indépendance
Tél : 05 22 93 15 79
RC: 31282 - IN: 15221985

2200

N° 218 DMP/21/NRG
LOT: 22093 PER: 06/2025
PPV: 31,50 DH