

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° W21-777775

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6069 Société : RAN RETRAITE
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOHAMED BOUYANOUN
 Date de naissance : 11-1-56
 Adresse : WILLYS HAY ROUAZ
 LILASFA LAYOUN
 Tél. : 060238681 Total des frais engagés : 479,40 Dhs

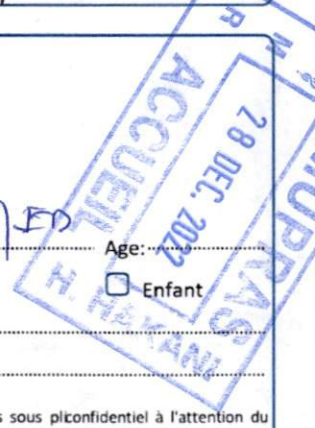
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Majda BENOUJDA
 Médecin Généraliste
 Av. Atlas Rd. Jbel Michlifen
 N°318 Lissasfa 1 Casablanca
 Tél. : 05 22 55 05 35
 Date de consultation : 22/12/2022
 Nom et prénom du malade : BOUYANOUN MOHAMED
 Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 25/12/2022 Le : 22/12/2022
 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 |
| 22/12/2017 | Consultation | 1 | 1500 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| HARMACHE SARAN S.A.R.L. A.U. 140 Lot Smiralda Lissafa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07 | 22/11/2022 | F = 299,45 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[illegible]

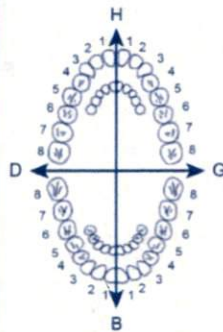
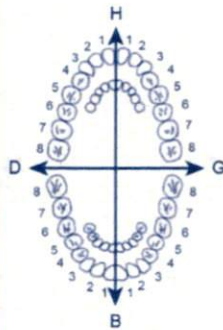
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 : <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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste
Echographie Générale
Ancienne interne des hôpitaux



الدكتورة ماجدة بنبوجيدة

الطب العام
الفحص بالصدى
طبيبة سابقا بالمستشفيات

Casablanca le : 29/12/2022 الدار البيضاء في:

Bou Yamour Mokarzen

2x 75.7

- AZIX 500 (A.P.M.)

22/6

- Mucorol

30.8

- 1 cuillère +

- Anpégyz

13.6

- parantal c 1000



PHARMACIE S.A.R.L. 140 Lot Smir Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 05 35

Dr. Majda BENBOUJIDA
Médecin Généraliste
Avenue Atlas, Rue Jabal Michlifien, N° 318 - Lissasfa 1 - Casablanca
Tél : 05 22 65 05 35

3702

- Acetiv sok



229,2

PHARMACIE SARANA
S.A.R.L. A-U
Smiranda Lissasfa
Casablanca
ax : 05 22 65 20 0

فلاجيل 500 ملغ

ميترونيدازول

20 قرصا مغلفا - عن طريق الفم

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aoudia
Region de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

Dr. Majda BENBOUJIDA
Médecin Généraliste
Av. Atlas Rue Jbel Michlifen
2018 Lissasfa 1 Casablanca
ax : 05 22 65 05 35

PHARMED LOT : 2518
UT.AV : 04-22
PPV : 19DH00

PHARMED LOT : 9408
UT.AV : 04-23
PPV : 19DH00

Cotipred®

prednisolone

(méta-sulfobenzozate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred®

prednisolone

(méta-sulfobenzozate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

LOPERIUM® 2 mg

Chlorhydrate de Loperamide

PHARMED LOT : 2518
UT.AV : 04-22
PPV : 19DH00

PHARMED LOT : 1317
UT.AV : 07-25
PPV : 21DH00