

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

M22- 0028665

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société : AT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : REZKI JILALI
 Date de naissance : 17-06-41
 Adresse : 3 RUE 3 MAY CHEMS
 0522 368408 CASABLANCA
 Tél. 0670025111 Total des frais engagés : 751.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Omar BENREDOUANE
 Hépat - Gastro - Entérologue
 Proctologue Médicale et Chirurgicale
 Lot Baraka GH 6 A 75 Appt 6 RDC
 Hay Hassani, Casa - Tél. 05 22 90 93 93
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/01/2023
 Nom et prénom du malade : Hodiri ESSADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Digestive
 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 : Casa Le : 01/23
 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

05/01/2023 # Contrôle #

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05.01.2023 759,60

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 :

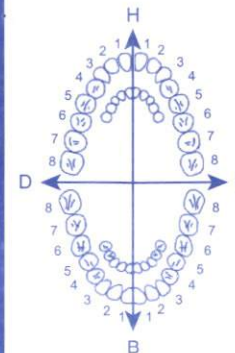
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
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

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive

الدكتور عمر بن رضوان

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

Casablanca le 05/01/2023

Nom : HADIRI ESSADIA

- PRAZOL 20 mg
1 gel /j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

- MEGASFON 160 mg
1 cp*3 /j avant repas
pdt 10 jours

CARBOLINE cp
2 cp*2/j 1 heure apres petit dej
1 heure apres dej
pdt 7 jours

Puis
2 cp /j 1 heure apres petit dej
pdt 7 jours

- ALFLOREX gel
1 gel /j avant dej
pdt 1 mois

- DOCIVOX sirop
1 c a s *3/j apres repas
pdt 10 jours

PPV: 96DH00
PER: 12/23
LOT: L2460-1

LOT 1891
PER 07-24
P.P.V: 58 DH 30

LOT: 3905
PER: 10-24
P.P.V: 58 DH 30

CARBOLINE CP 30
PPC: 75.00 DH

Ut Av: Lot:
01-2025 D008

IPHADERM

CARBOLINE CP 30
PPC: 79.00 DH

Ut Av: Lot:
09/25 D354F

IPHADERM

CARBOLINE CP 30
PPC: 79.00 DH

Ut Av: Lot:
09/25 D354F

IPHADERM

Importateur Exclusif
BIOCDEX MAROC

B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma

P.P.C.: 245,00 DH

CE N°: 3475/2019/DMP

LOT: 220878
DLUO: 12/2025
69,00DH

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépatite - Gastro - Enté.
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 Appt 6 Hay Hassani
Hay Hassani Casablanca - Tél: 05 22 90 93 93

Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani
جَزْئَةُ الْبَرْكَه م 6 عَمَارَة 75 الطابق السفلي ش 6 الحي الحسناني
Tél : 05 22 90 93 93 :الهاتف Urgences: 06 63 61 37 41 :مستعجلات