

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0003917

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 666 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 144933
 Nom & Prénom : TAHIRI Abdelhak
 Date de naissance : 10-01-1939
 Adresse : 6 Rue Poincaré B.P. 2121 Casablanca
 Tél. : 0661200379 Total des frais engagés : 186,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BENCHEKROUN DRISS
 Date de consultation : 03/01/2023
 Nom et prénom du malade : Tahiri J. Abdelhak Age : 84
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète + Skel C. de
 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 : 03/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : A. TAHIRI

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

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
			309,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur

Date

Montant de la Facture

3.1.2023

886,50

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 :

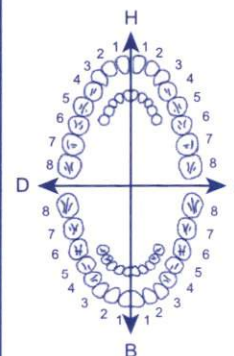
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

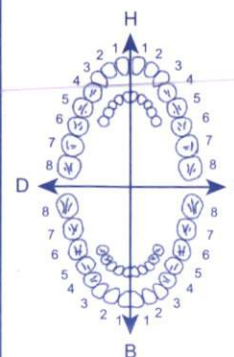
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur BENCHEKROUN DRISS
DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE
CARDIOLOGUE
DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
DE CARDIOLOGIE
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
SUR RENDEZ-VOUS



UT. AV.: 02 2025
LOT N°: 103 40
FY 4485
103,40
الشرابين

Casablanca, le 03 JAN, 2023

UT. AV.: 06 2025
LOT N°: 103 40
G J 7747
103,40

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plavix 75 mg, cd pel b 28
P.P.V.: 316,00 DH

Dr. Tani
Hdehafi

316,00

Plavix 75 141

27,70

Cardioaspirine 100 141

(2x103,40)

Taker 40 141

206,80

Ex fuge 5/100 141

77,80

Cardensiel (1,25) 141

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

Travail d'un mois en

إقامة بن عمار - رفقة بن القيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» MAARIF - CASABLANCA
TÉL.: 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX: 05.22.23.22.67 - URGENCE: 06.61.14.46.25
Email: benchekroundriss@hotmail.com

89,20

Amor 5 146

(146) N.S.

79,50

Apexol 14 x 2

(146) N.S.

89,50

Apexol spray

gauge (146)

N.S.

T = 886,50

LOT 220529
2025/07
PPC: 89,50 DH

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RCS BEN OMAR - RUE BEN MARISS - INM &
MAJOUR - CASABLANCA - TEL: 05 22 23 05 05 / 05 22 23 22 67
INPE N° : 091021618

ACIE L'ORCA
Boulevard Ghandi &
Rte d'Azemmour
SABLANCA
22.36.66.22

UT.AV :
LOT N° :
P.P.V.
89 20

FE 4292

Tel
INP

