

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

- 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° M21- 0003238

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1490 Société : Ram
 Actif Pensionné(e) Autre : 147745
Nom & Prénom : BELABDES KHAUL
Date de naissance : 01/09/1951
Adresse : 635 RUE GOUMIMA APPT 9 CASABANCA
Tél. 0522 600 418 Total des frais engagés : 520,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. RAISSOUNI Nouha
Rhumatologue
262, Bd. Yacoub El Mansour, 1er Etage N°10
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84
INPE: 091091314
Date de consultation : 09/01/2023
Nom et prénom du malade : BELABDES KHAUL Age: 71
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASABANCA Le : 02/02/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
9-1-23		CS	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/23	220,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

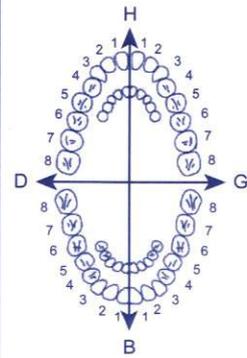
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

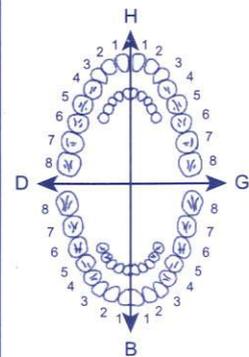
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

Rhumatologie - Rhumatologie intervertionnelle
Maladies de Systèmes
Echographie ostéoarticulaire
Podologie
Médecine du Sport
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin
Ancienne Chef de Département de Médecine de
l'Hôpital Mohammed Sekkat Casablanca

أخصائية العظام والمفاصل والخصروف والروماتزم
أمراض الالتهابات الباطنية
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى
علاج الأرجل
الطب الرياضي
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان
رئيسة سابقة لمصلحة الطب بمستشفى
محمد السقاط بالدار البيضاء

09 janvier 2023

Mr. BELABBES Khalil

22,00

CODOLIPRANE



1cp 3 fois/ jour après les repas pdt 7 jours

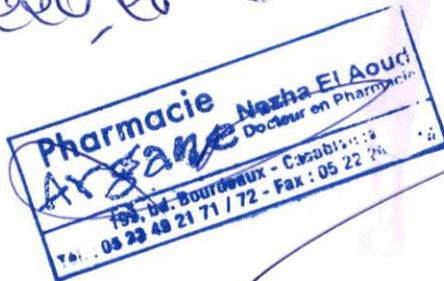
158,00

NOCICEPTOL

1 application matin et soir pendant 10 jours



20,00



Dr. RAISSOUNI NOUHA
Rhumatologue
262, Bd. Yacoub El Mansour 1^{ER} étage N°10
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84
INPE: 091091314

INPE : 091091314

☎ 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

📍 262 Bd Yacoub El Mansour 1^{ER} étage N° 10 (en face arrêt
station bus way Yacoub El Mansour)

☎ الهاتف 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

📍 شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10
(أمام محطة الحافلة bus way يعقوب المنصور)

Codoliprone

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3662

LOT PUC: 198.00DH

C163
2024-09

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/C

No Cide Prol