

## 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

- 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- 0012284

148616

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 497 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Bennis Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/01/2023

Nom et prénom du malade : Bennis Brahim Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Générale

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 : Le : / /

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
23/11/23		5	300-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27-01-23	1763,50

# 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				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	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Debut d'Execution
				Fin d'Execution

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>G</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>B</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	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

# Dr Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة

العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

جراحة أمراض الروماتيزم

جراحة المفاصل بالمنظار

جراحة اليد

الجراحة التجميلية

Le : 27/01/2023.

M. BENNA BRAM

275,00 x 2

Nugentin 300

reg + 2



2 mois

255,00 x 3

Gabline 70

reg de son



3 mois

149,50 x 3

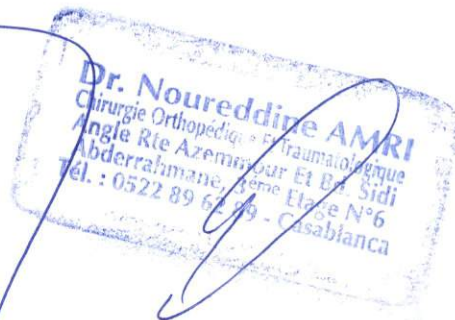
Cwaflex

1 sachet



2 mois

1763,50



# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

VT333

A consommer de  
préférence avant le :

05/2025

PPC : 149,50 DH

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

VT333

A consommer de  
préférence avant le :

05/2025

PPC : 149,50 DH



# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



Lot :

VT333

A consommer de  
préférence avant le :

05/2025

PPC : 149,50 DH

# GABLINE®

Prégabaline

LOT 222048

EXP 06 2024

PPV 255.00 DH

**75** mg  
56 gélules

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطينما  
sothema

# GABLINE®

Prégabaline

LOT 222048

EXP 06 2024

PPV 255.00 DH

**75** mg

56 gélules

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطينما  
sothema



# GABLINE®

Prégabaline

LOT 222048

EXP 06 2024

PPV 255.00 DH

**75** mg

56 gélules

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطينما  
sothema

PPV: 275DH00

 **NUPENTIN® 300 mg**

Boite de 90 gélules

Voie orale



A small version of the Nupentin logo, consisting of a stylized 'N' with a rainbow gradient.

118001300044

PPV: 275DH00

 **NUPENTIN® 300 mg**

Boite de 90 gélules

Voie orale



A small version of the Nupentin logo, consisting of a stylized 'N' with a rainbow gradient.

118001300044