

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

M22- 0013677

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D IMANHA L JAMBA

SIBI OTMANE CASABLANCA

Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benyass Abdelhafid Age : 68

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : D.I.F.

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 : 20 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
	C		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL JADIDA MADINA AL JADIDA LAHLOU Fares Pharmacien 879 Tranche D Cité Nouvelle Casablanca	20/1/23	800,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

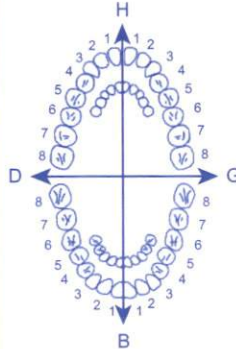
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

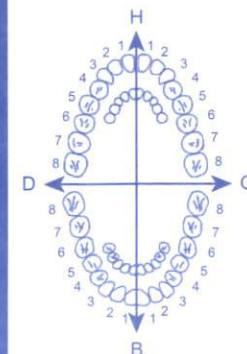
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

YAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

légation à la Préfecture
rondissement Aïn Chock
Casablanca



المملكة المغربية

+٥٣٨٨٤+ ١٨٤٠٤٥

وزارة الصحة

+٥٣٥٥٥٠+ ١+٨٤٠٤

مندوبية عمالة مقاطعة

عين الشق

الدار البيضاء

20/1/23

Ordonnance

المرکزة فببب فببب
Dr. NABIH
رئيسة المركز الصحي شريفة
في طلب الشغل

Dr Bayan
Addahfel

78.30x5

1) Nonyc 50

4 cp/j



PHARMACIE LILAS
MADINA AL JADIDA
LAHLOU Faten

Pharmacie
Lot. 378 Tranche D Cité Nouvelle - Casa

35,70x2 2) Kandogic 160

4 cp/j



56,30x3
3)

Vit D une fois

4 cp/semaine



84, 20x2

1) Ketodene 2%
gel



1882 / 25,

1008 20

PHARMACIE L'AS
MADINA AL JADIDA
LAHLOU Faten
Pharmaciennne
378 Tranche D Cité Nouvelle - Cas

د. نورة نسي
Naima
اختصاصية في طب البنت
رئيسة المركز الصحي شريعة

50mg

LOT 222053
EXP 02/25
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg



6 118000 071037

50mg

LOT 222052
EXP 02/25
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg



6 118000 071037

LOT 222053
EXP 02/25
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg



6 118000 071037

LOT 219798
EXP 08/24
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg



6 118000 071037

LOT 222053
EXP 02/25
PPV 78DH30

7 Gélules
Voie orale

NOMYC® 50 mg



6 118000 071037

LOT : 22E009
PER: 05 2024

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 22E009
PER: 05 2024

KARDECIG 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



maphar

Bd Alkimia N° 6, Ql, Sidi Bernoussi,
Casablanca - Maroc

KETODERM 2% GEL SAC B8
P.P.V : 84 DH20



6 118001 181490

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

PPV : 49,60 DH
LOT : 22C01
EXP : 03/2025

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

PPV : 56,30 DH
LOT : 21K25D
EXP : 11/2023

PPV : 56,30 DH
LOT : 22C07D
EXP : 03/2024



6 118001 320103