

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0029311

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 199/1895 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEGROUN Houma
 Date de naissance : 1948
 Adresse : Idem
 Tél : 0645120347 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/2/2023
 Nom et prénom du malade : BENCHEGROUN Houma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 20/2/2023
 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
20/12/23	U		200 n	CASINER Dr. Boukhalaf 53, Bd. d'Alsace Tel : 05 22 40 26 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16, Bd de la Liberté - Casablanca K. BOUOUBAA CASABLANCA PHARMACIE NOUVELLE	20.02.23	266,90

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
CERTIFICAT DE LA FEDERATION
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.
ECHOGRAPHIE
HOLTER TENTIONNEL
ECG

الدكتور حفيظ أوخليف

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية
عضو منتسب للجمعية الفرنسية
و الأوروبية لأمراض القلب
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الإنجاب
الأوروبي للأطباء الاختصاصيين
الكشف بالصدى (إكوغرافي)
هولتير الضغط الدموي
تخطيط القلب

Casablanca, le 20/2/2023

Bon cher Monsieur

55,00

60,10

16, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél.: 05 22 31 47 17
K. BOUZOUBA
PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA

27,50

59,50

23,50

41,30

66,90

شارع الألزاس، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدية، قرب سوق بنجدية • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

01-23E002
PER: 08 2024

NO-DOL FEN 200MG
CP PEL 830

P.P.V : 23DH50

118000 061885

CABINET MEDICAL
Dr. Hafid Oukhlif
05 22 30 26 23

Maxilase®

MAUX DE GORGE/SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP

24 COMPRIMÉS ENROBÉS (COATED TABLETS)

Lire attentivement la notice avant utilisation.
À conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.
Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U. CEIP
para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.

Distribué sous licence
par L'APROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

LOT 104808/FC35
04/2025 PPC 59.50

27

IXOR 20 mg 7 comprimidos efervescentes

PPV 41DH30
EXP 09/2024
LOT 28018

PPV : 55,00 DH
LOT : 650492
PER : 05/24

27,50