

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-589445

N° 3931

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 620 Société : RAO

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : BENHAR Laïbi

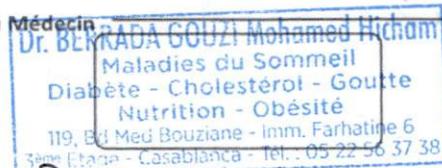
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669101960 Total des frais engagés : 300 + 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/22

Nom et prénom du malade : BENHAR Laïbi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Goutte

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 : 15/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

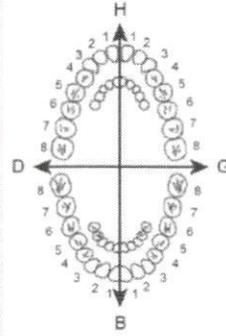
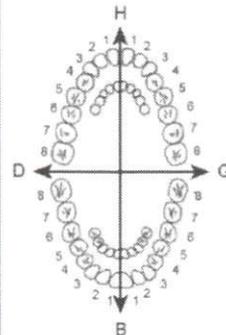
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/11/22	6			INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] INPE : 091185637

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	27/11/22
Montant de la Facture: 2366,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Dr. BERRADI SOUZI Mohamed Hicham
 Diabète - Cholestérol - Goutte
 Nutrition - Obésité
 11 Bd Mohammed VI - Casablanca
 Tél: 05 22 56 37 38

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Hicham BERRADA GOUZI

Spécialiste du Sommeil
Diabétologie - Nutrition et Maladies du Poids

Ancien médecin attaché aux hôpitaux de France
 Membre des sociétés savantes françaises :
 SFRMS - SFD - SFN - AFERO

- Insomnies - Apnées - Polysomnographie
 - Diabète - Insulinothérapie Fonctionnelle - Alimentation
 - Cholestérol - Triglycérides - Goutte
 - Obésité - Maigreur - Coaching Nutritionnel
- Enfants - Adultes



الدكتور هشام برادة كُوزي

أخصائي اضطرابات النوم
 داء السكري - التغذية - أمراض الوزن

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
 عضو الجمعيات الفرنسية للأبحاث الطبية

- الأرق - توقف التنفس - نسيجات النوم
 - داء السكري المرأة الحامل، الطفل والكبير
 - الكولستيرول - الدهون الثلاثية - النقرس
 - السمنة - النحافة - التزبية الغذائية والسلوكية
- الأطفال والكبار

Casablanca le : 22/09/2022 دار البيضاء

Mr, Mme, Enfant : Ben Har Larbi

A revoir le :

766,00 x2 Larbi (06 stylos)
1532,00

174 x 200 (280) x 2mg
348,00

439,00 x2 Arbi (08 stylos)
878,00

1 x 100 (100)
 2 x 140 (100)
 2 x 180 (100)
 2 x 200 (200) | x 2mg

2 U L A R B I 401
200



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00



6 118001 081615

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 439DH00



6 118001 081639