

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

N° P19- 0037123

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2068 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 156315
Nom & Prénom : DOURRHAM AHMED
Date de naissance : 25-12-1951
Adresse : 57, Residence Le TRIS, BEAU-SEJOUR
Rue Chakaik Nouamane Apt 13 CASABLANCA
Tél. : 0622790983 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENMESSAOUD Salma
Médecine Générale
27, Rue Chakaik Annouamane
(Ex Rue des TRIS) 1er Etage
Apt. 2 Beauséjour - Casablanca
Date de consultation : 27/03/2023
Nom et prénom du malade : DOURRHAM AHMED Age : 71 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Epigastralgies à tables dyspeptiques
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


Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/03/2023

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
27.03.23	ECS		2000dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.03.23	1372,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

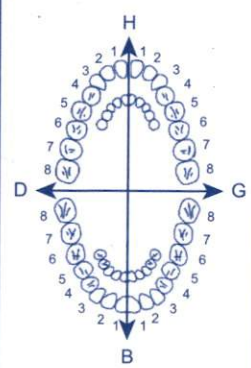
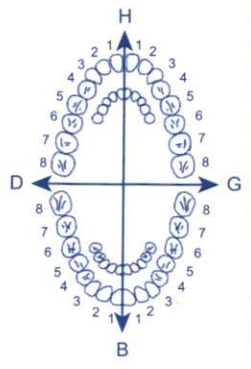
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr BENMESSAOUD Salma

Médecine Générale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecin agréée pour Permis de Conduire

Diplôme Universitaire en Diabétologie - Bordeaux
Diplôme Universitaire en Gynécologie médicale - Bordeaux
Echographie - Electrocardiogramme ECG



الدكتورة بنميسعود سلمى

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة معتمدة لخصة السياقة

دبلوم أمراض السكري - جامعة بوردو
دبلوم أمراض النساء ومتابعة الحمل - جامعة بوردو
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34803192

27/03/2023

N. Ahmed DOURRHAM

99.00

(S.V)

- Oestrogènes

1 prise matinale par 14 j

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

803.00

(S.V)

PYLERA® gélules
Boîte de 1 flacon de 120.
AMM N°281 DMP / 21 / NNP
PPV : 803,00 DH
Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SOTHEMA, B.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC

6 118001 072262

- PYLERA

3 gél x 4 / j par 15 j
après repas

69.00

(S.V)

- Acta levure

1 prise x 3 / j

LOT: 220726
BLUO: 10/2025
69.00 DH

05 22 94 61 51 dr.salmabenmessaoud@gmail.com

27, زنقة شقائق النعمان - الطابق 1 - الشقة 2 - حي الراحة (بوسيجور) - 20200 الدار البيضاء

27, Rue Chakaik Annouamane (ex Rue des iris) - 1er étage - Appt 2 - HAY ERRAHA (Beauséjour) - 20200 Casablanca

121.40

UMAX 0,4

(S.V) Sprise au coucher
95,00

- EXTRAMAG

(S.V) Sprise / j
59,00

- BERROCA

(S.V) Sprise x 2 / j
98,90

(S.V) GAVISCON dosettes
87,50

- Spasfon

(S.V) 2 cp x 3 / j

1372,80

LOT 221421
EXP 04/2024
PPV 121.40DH

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

PPC: 59,00DH
LOT: CB03882
EXP: 12/2024

PPV DH:

LOT:
EXP:

98,90
AEB978
10/2024

PHARMACIE ALWOUROUD
67, Rue des Roses A Côté de
Masjid Annour - Beausejour
Tel: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192