

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-791467

158141

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

2038

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZAHAF BOUCHAIB

Date de naissance :

1950

Adresse :

Mandarouna ,rue 43 N°31
CASABLANCA

Tél. :

0690009199

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelaziz BADRI

Médecine Générale
129, Rue 25 Hay Mandarouna,
Ain Chock, Casablanca

Tél.: 05 22 21 33 19

Date de consultation :

21 MARS 2023

Nom et prénom du malade :

DTARAJJA RAYETINA

Age:

Lien de parenté :

Enfant de lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Aff. Bouchalate

Tel: 05 22 21 33 19 Casablanca

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

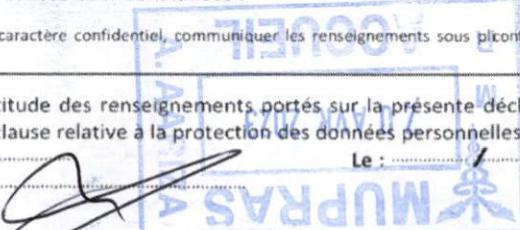
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

RELEVE 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
22 MARS 2023	C		150 m	INP: 091017053 Signature de M. Belaziz BADRI Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
    	28/03/23	44913.0

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

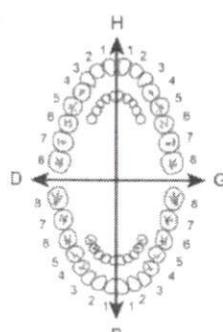
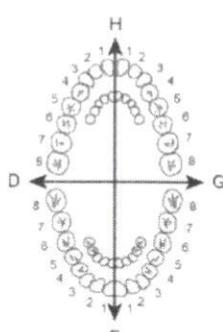
ADHERENT

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>												

Dr. Abdelaziz BADRI

Médecine Générale

Échographie

Expert Assermenté Près Les Tribunaux

Agréé Pour Délivrer Les Certificats

Médicaux du Permis de Conduire



الدكتور عبد العزيز بدري

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلق لدى المحاكم

معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

الشواهد الطبية لرخصة السياقة

22 MARS 2023

Casablanca, le..... الدار البيضاء، في :

LOT 230443

EXP 01 25

PPV 170.00 DH

Dr. Abdelaziz BADRI

Médecine Générale

Expert Assermenté Près Les Tribunaux

129, Rue 25 Hay Mandarouna Ain Chock

Tél: 0522 21 53 19 Casablanca

170,00
- Officier. 200

14 + 28 + 8
40,00

- Efferves! 20

10,20
34,00 x 6
204,00

- Dolostol. 500
14 + 4
18,00

32,60

- Nuroxol

145,131



Dr. Abdelaziz BADRI
Médecine Générale
129, Rue 25 Hay Mandarouna
Ain Chock, Casablanca
Tél.: 05 22 21 53 19



129, Rue 25 Hay Mandarouna, Ain Chock, Casablanca - 129، زنقة 25 حي منظرونا، عين الشق، الدار البيضاء -

Tél.: 05 22 21 53 19 - GSM : 06 62 24 80 95 - Email : abdelaziz.badri@gmail.com

IF : 52809650 - ICE : 001708214000073 - INP : 091017053

119,10
- Risau I Spray Nasale.

N° du Lot

Date Per.

05.10.25

P.P.V: 119,10 DH

10ml nasale + 2g

78160
- Aroma 5
1kg

Dr. Abdelaziz DADRI
Médecine Générale
129, Rue 25 Hay Mandarouna,
Ain Chock, Casablanca
Tél: 05 22 21 33 19



440,30

