

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

M22- 0052907

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bendoud Khelil 168853
 Date de naissance : 22.11.1974
 Adresse :
 Tél. : 0662125858 Total des frais engagés : 594,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fatima BELLAMY
 O. R. L.
 21, Place Charles Nicol
 (Face Institut Pasteur)
 Tél. 49.36.60 - Casablanca

Date de consultation : 26.06.2023
 Nom et prénom du malade : Bendoud Khelil Yassine Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : otite moyenne
 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 : Casablanca Le : 19/07/2023
 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
26.06.23	G	?	3.000	21, Place Charles Nicot (Face Institut Pasteur) Tél: 43.36.80 - Casablanca

21, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tél. 43.36.80 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALAZHAR DIOURI MOHAMED 133, Bd Taza Hay Miy Abdellah - Casablanca Tél : 05 22 21 59 66	26-06-23	294,20

PHARMACIE AL AZHAR PHARMACIE AL AZHAR
 DIOURI MOHAMED DIOURI MOHAMED
 133, Bd Taza Hay Miry Abdellah - 133, Bd Taza Hay Miry Abdellah - Casa
 Tél : 05 22 21 59 66 Tél : 05 22 21 59 66

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

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

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

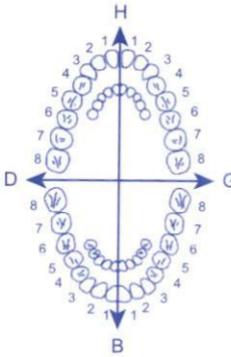
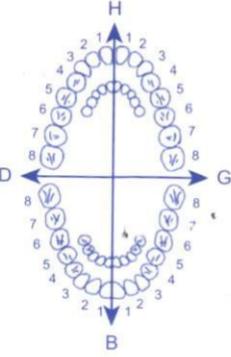
A

P

IM

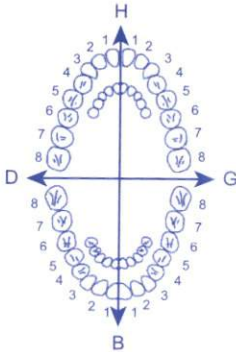
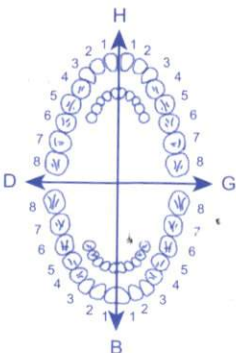
IV

des Honoraires

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					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				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					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

O.R.L.

إختصاصية في أمراض
الأذن - الأنف - الحنجرة

21, Place Pasteur - 2ème Étage N° 8
(Face Institut Pasteur) Casablanca
Tél. : 0522 48 36 80

إقامة باستور، 21 ساحة لويس باستور الطابق الثاني
رقم 8 حي المستشفيات الدار البيضاء
الهاتف : 0522 48 36 80

Casablanca, le : 26.06.2023 : الدار البيضاء في :

PPU: 79,90 DH
LOT: 650908
PER: 11/24

Bendaoud Mohamed Yassine

PPU: 79,90 DH
LOT: 650908
PER: 11/24

79,90 x 2

1- Paracetamol sachet soft :

15 x 3h au mit

40,00

2- Effipred 20mg

1p et 1/2 6 mat. x 6j

19,40

3- Antibio - Synalar

II 8h x 3h x 6j

75,00

4- Nazarin spray

I pulv 3x na 6j

294,20

ANTIBIO SYNALAR

19,40

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 12

LOT: GA20237
PER: 03/2024
PRV: 75 DH 00

Ci
Eig

Docteur Fatima

O. R. L.

21, Place Charles Nicot
(Face Institut Pasteur)
Tél. 48.36.80 - Casablanca