

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W21-773487

18018

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7047 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENAGHMIEN MOHAMMED

Date de naissance : 23.05.1963

Adresse : LOT HAJ FATEH NR 13 NUE 05 EL OULFA CASA

Tél. : 0662 766238 Total des frais engagés : 465,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.07.2023

Nom et prénom du malade : BENAGHMIEN MOHAMMED

Lien de parenté :  Lui-même  Copain  Enfant

Nature de la maladie : Rinite Allergique Asthme Général

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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

Widid

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA otis. Raffateli Rue 6 N° 3 Lot 64 Casablanca - Tél: 072 93 10 88	20/03/2023	265,7

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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" 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></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></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></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000				D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
D	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
B																									
G																									
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

## Docteur Widad El Khadraj

الدكتورة مدام الخضرجي

## Médecine Générale ECHOGRAPHIE

ECG

## Surveillance de Grossesse Nutrition



## الطب العام الفحص بالصدى

## تخطيط القلب

مِدَاقِبُ الْمُهَا

## مراقبة الحمل

## الطبيعة و تخفيفه

## الممية الطبية وتخفيض الوزن

الدار البيضاء في: ٢٥ / ٥ / ٢٠٢٣  
Casablanca, le :

LOT: M0798  
EXP: OCT 2025  
PPV: 19,30 DH

MR. BENJA GELHORN

Received

11- Shime gurage  
10.30 2016 8.30

21 54.40 TO

21 54.00 TE

21 54.00 TE

LOT 22003  
PER 10/25  
PPV 54 DH 40

37

၁၁၁

23037  
01/25  
75.00

حي الوفاق 3 زنقة 65 رقم 59 الألفة الدار السعفاء (قرب صيدلية)  
العنوان: ٦٥ زنقة ٥٩ الألفة الدار السعفاء (قرب صيدلية)  
العنوان: ٦٥ زنقة ٥٩ الألفة الدار السعفاء (قرب صيدلية)

le 65, N° 59 El Oulfa - Casablanca (Prés de pharmacie Al Wifak)

Tél.: 05 22 891 927

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

41- Uvedose (x6)

$\frac{19,50}{= 117,00} \times 6$

①

15g

②

1AP!

15g

③

15g

④

⑤

⑥

T = 265,7

STE PHARMAL HAMZA  
CASABLANCA

Lot. Haj fath Rua 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca Tel: 0522 93 10 28

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Dr. EL KHADRA  
C/ Dr. El Khadra  
Casablanca 3 Rue Général Widia  
Tel: 65 N° 59 Tel: 05 22 83 01  
19/27

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH

6 118001 185030