

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-768051

18.6600

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 02653 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL

Date de naissance : 13/11/1956

Adresse : 8 Rue Marabout 9. H. CASA

Tél. : 066 859 2927 Total des frais engagés : 106,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr TYAL M. Hachem
Clinique Villa des Lilas
Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 530
INPE : 091157646

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 Octo 2023

Nom et prénom du malade : Benzekri Othman

Age : 67.2 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : SA

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires

Cachet et signature du Praticien attestant l'exécution des Actes
 Dr. YALM-HACHEM
 Clinique Villa des Lilas
 Tél. : 0522 051 512 / 0522 051 513
 Fax : 0522 051 530
 INPE : 091137646

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé 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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D 00000000 00000000 G
 35533411 11433553
 B

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 11 octobre 2023

Mr. BENZEKRI OTHMAN

INIDEP 50 MG COMPRIMES

1 cp le matin, 1 cp à midi

ALPRAZ 0,5 MG COMPRIMES

1/4 cp le matin, 1/4 cp à midi, 1/2 cp le soir

AVLOCARDYL COMPRIMES SECABLES

1/4 cp le matin, 1/4 cp le soir

Traitement pendant : 2 Mois

Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 530
INPE : 691137646

Pharmacie HAY AZZEDDINE
8, Rue 4 Hay Azzeddine
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 022.62.53.01

Le 11/10/2023 à 17h00

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

Inidep® 50 mg

Chlorhydrate de sertraline
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331841

24,90

24,90

24,90

LOT 231383 1

EXP 04 2026

PPV 35.70

LOT 231383 1

EXP 04 2026

PPV 35.70

LOT 230104 1

EXP 12 2025

PPV 35.70