

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-774015

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : *Ram*

Matricule : *07439* Société : *Ram*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *Mohamed*

Nom & Prénom : *Fadi*

Date de naissance : *14/10/1956*

Adresse : *Hab. Luelle*

Tél. : *06 21 331 303* Total des frais engagés : *2780,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *29/12/2023*

Nom et prénom du malade : *Mohamed*

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Lymphome*

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *29/12/2023*

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
29/12/2013	ACS	4000/1		INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

29/12/2013 2780,20

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 :

Veillez 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 : [Signature]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(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

PPV: 61DH50
PER: 08/26
LOT: M2711

PPV: 61DH50
PER: 08/26
LOT: M2711

PPV: 61DH50
PER: 10/26
LOT: M3412

PPV: 61DH50
PER: 10/26
LOT: M3412

ORDONNANCE

LOT: 219074
EXP: 09/24
PPV: 502DH00

Casablanca, le : 29/12/20223

LOT: 219074
EXP: 09/24
PPV: 502DH00

LOT 231212
EXP 04/26
PPV 502DH00

LOT 231619
EXP 09/26
PPV 502DH00

LOT: 220837
PER: 11-2024
PPV: 740,00DH

Identité :

M. Mohamed FADIL
DDN : 14.10.1956

MLE = 07739



502,2x4

Cicloviral 800mg 1/2 cp x 3/j pendant 2 mois

Oedes 20mg 1cp/j pendant 2 mois grande boîte

Glucophage 850 1cp x3/j pendant 2 mois

Amarel 4mg 1cp/j pendant 2 mois

Nodol fen 1cp/j pendant 2mois

Mobic 15mg 1cp/j pendant 2 mois

Dr Jalil BENNANI

Spécialiste en Hématologie Clinique
DES en Cancérologie
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de
Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet
- Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut
Gustave Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis
et Hôtel Dieu - Paris

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666
+212 (0) 696 626 504
Fax : +212 (0) 522 865 938
Email : j.bennani@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Cotrim fort 1cp x3/semaine (lundi mercred pendant 2 mois

LOT : 23E004
PER: 04 2026
NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
6 118000 061878

LOT : 23E003
PER: 04 2026
NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 30DH00
6 118000 061878



Dr. Jalil BENNANI
Spécialiste en Hématologie
Abdelmoumen Centre Angle Bvds
Abdelmoumen et Anoual 20100
Casablanca
Tel: 05 22 86 59 38
Fax: 05 22 86 59 38

2390

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90