

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 canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 072266'

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKDID SAID A 93980

Date de naissance : 28/02/69

Adresse : RESIDENCE EL MANZAH IMM 43
N° 03 SIDI BERNOLISSI

Tél. : 0623748914 Total des frais engagés : 150 + 228,60 + 237,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2019

Nom et prénom du malade : LABSILI HANANE Age :

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

Nature de la maladie : Rhinopharyngite + Sinusite

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) :

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
23/01/24	G		150,00	
26/01/24	G	G		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/24	439,30
	30/01/24	128,60 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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 **Ilham EL KANIAR**

MÉDECINE GÉNÉRALE

Fadila - Hay El Qods - Imm. C1

Appt. 3 - Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél.: 05 22 73 20 65

الدكتورة **إلهام الكنيار**

الطب العام

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le :

23/01/2014

الدار البيضاء, في :

LASSILI HAVANE

69,00

1) BZOVANIC 500g
Aplj (18j)

69,00

2) Docivox mg
2 cos x 3j (18j)

40,00

3) Colipneal 50g
Aplj le matin ap 7
Aplj le soir (15j)

14,00

4) Salipnove 1g
2 cos x 3j (18j)

32,00

5) Clarte 1g
2/3j

15,30

6) Nitro 1000g
Aplj

239,30

Dr. ILHAM EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila - Hay El Qods
Bernoussi - Casablanca
Tél: 05 22 73 20 65

PHARMACIE MENZEH AL QODS
Lot Al Menzeh Imm 45 N°1
Hay El Qods Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA
Patente N° 31630955 - I.F.

PPV: 40DH00
PER: 10/26
LOT: M3463

LOT: M3463
PER: 10/26
PPV: 40DH00

LOT: 5995
PER: 07-26
P.P.V: 32 DH 00

Medicament A

Deva

LOT: 230738
PER: 07/2026
PPV: 69.00DH

PPV: 14DH00
PER: 10/26
LOT: M3399

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 32045 16

Docteur Ilham EL KANIAR

MÉDECINE GÉNÉRALE

الدكتورة إلهام الكنيار

الطب العام

Fadila - Hay El Qods - Imm. C1

Appt. 3 - Rdc - Bernoussi

Casablanca - Tél.: 05 22 73 20 65

الفضيلة - حي القدس - عمارة C1

الشقة 3 - الطابق السفلي - البرنوصي

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 73 20 65

ORDONNANCE

Casablanca, le : 30/04/2024 : الدار البيضاء، في :

LABSIL H ANANE

7900 1) Amicoulem gts
5 gts + y-180

4960 2) D cure Rut A.B
A.B/mois

Ti 1286

Dr. ILHAM EL KANIAR
Médecin Généraliste
Fadila Appt 3 Qods
Bernoussi-Casablanca
Tél: 0522 73 20 65

AURICULARUM®

Poudre et solvant pour suspension
pour instillation auriculaire

Remboursable AMO



6 118000 021261

LOT 232728 1

EXP 09 2025

PPV 79.00 DH



Remboursable

6 118001 320103

PPV:49,60 DH

LOT: 23G11

EXP: 07/2026