

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-837894

201285

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 12551 Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ELMOUTAJARIA M.E.D ANOUAR		
Date de naissance : 25/04/1986		
Adresse : Villa 775 BAHIA GOLF BEACH ROZENKA		
Tél. : 0661684871 Total des frais engagés : 712 Dhs		

PR4FR05/V2/20-10-2023	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. Noureddine BENHAYMOUD Malades Allergiques (ASTHME) Bd. Abderrahmane Serghini Km Bouargane N 2 - 1er Etage Tel : 0523 32 49 40 - Mohammedia </div>	
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Date de consultation :	24/01/24	
	Nom et prénom du malade :	EL MOUTAJARIA MED ANOUAR	
	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
	Nature de la maladie :	Rhinitis allergique	
	Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC Pathologie : R ACCUEIL KI
	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 : Meknès Date : 26/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) : 26/01/2024 Oktis

RELEVE 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
24 JAN 2024	C	200,00		Dr. KOURADDINE DABOUMOUD Malades de l'Esprit et Psychiques de Sétif Bd. Abderrahmane N° 2 - 1er étage Immeuble Bourgogne N° 22 Tel : 0523 32 49 40 - 0523 32 49 41 Mohamed KOURADDINE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. YOUSSEF BOUZNIKA Lotissement Moudawana, 1er étage, N° 3, Bouznika	24/01/24	512,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

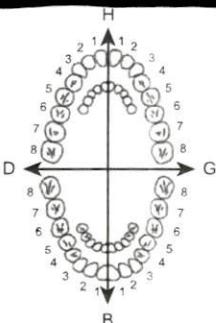
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

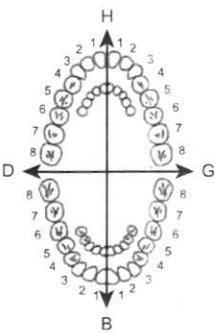
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires
--------------------------------	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. N. BEN HAYMOUD

Diplômé d'Immunologie et d'Allergologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé d'Insuffisance et Handicap Respiratoires
et Tabacologie de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتور نور الدين بن حيمود

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة من كلية الطب بباريس

دبلوم معالجة النقصان والإعاقة التنفسية والتدخين

من كلية الطب بمبنبي

أمراض الحساسية والضيق

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الحساسية والمناعة

MALADIES ALLERGIQUES (ASTHME)

Membre Titulaire de la Société Française d'Allergologie
et d'Immunologie Clinique

Mohammedia, le :
24 JAN 2024
الحمدية، في :

Dr. M. Abdellatif M. Ben Haymoud

36,60.

Betastatin 2 mg
2 amp j pda.

92,50

Ulogeox 600
1 amp x 2

119,10

Risonef
1 amp x 2

210,00

Flowair

54,40.

512,60.

PHARMACEUTIQUE
DU DR. N. BEN HAYMOUD
Bouzgina 36
BP 107
N°3 - Bouzgina
Télé: 0523324940



5426
: 07-26
36DH60



Ubiprox 500mg
23/07/2025
De LOT: M1090
PER: 07/2025
PPU: 92,50DH
6 118000 092476



6 118001 272631



54,40

6 118000 240822

شارع عبد الرحمن السريحي - عمارة بواركان رقم 2 الطابق الأول (قرب مصرف المغرب) - الحمدية
Bd. Abderrahmane Serghini, Immeuble Bouargane n° 2, 1^{er} Etage - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 49 40 - الهاتف : Urgence : 06 61 17 26 38
المستعجلات : 05 23 32 49 40

N° du Lot

23H213

Date Per.

07.2026

P.P.V: 119,10 DH