

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

- 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

20261

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9947

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENHARAKI - OMAR

Date de naissance : 15-05-1969

Adresse :

Nouveau

Tél. :

06 61 19 4803

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/04/2024

Nom et prénom du malade :

OUNIHA FATIMA

Age : 41 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

probléme de pression artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

accident de la route

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 :

Casablanca

Le : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

BENHARAKI

BELEVE 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
18/04/24	CS+ECG	300 DH		Dr. Siham BELAICHE Cardiologue Ba. Ibn Rochd Jachine et Adraa Koucha 3ème Etage N°5 Tel: 0522 611133

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA MÉTROPOLE DU 05/04/2014 N°PE : 0620074</i>	18-04-2014	280,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

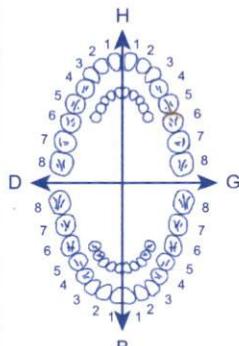
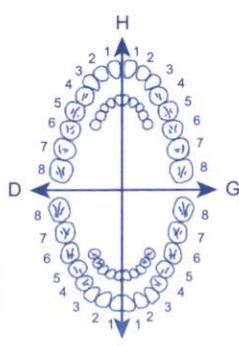
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bethraj - Fatima

36.40 x 2

- Kopred 20 mg **A.S.**

38.10

- Sof 10 mg

13.90 x 2

- Vemox **A.S.**

41.10

- Diflone 250 mg
2 APP x 2

ن. العداء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5

05 22 61 11 33 - الدار البيضاء - الهاتف : (BMCE)

Angle Bd. Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakuchi, Résidence Fatima Zahra II 3^{EME} étage, N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél.: 05 22 61 11 33 **Suite**

Kopred®
Produits

LOT: 8420
PER: 10-26
PPV: 36DH40

LOT: 8420
PER: 10-26
PPV: 36DH40

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.R.V: 36DH10
LOT: 23E012
PER: 11/2026

Maphar
Bd Alklimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
VERMOX 500MG
CP B1
P.R.V: 13,90 DH

VERMOX 500MG
CP B1
P.R.V: 13,90 DH
6 118000 011798

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Regon Rabat
PPV: 41 DH 10

Prix Public de vente
AMM 121/17DMP/21/NRQ
Ph. Maroc

20.00x2

PPV: 20DH00
PER: 03/26
LOT: M1081

~~Désignation~~

61.10

~~Prise~~

~~Prise~~

~~Prise~~

280,90

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot HAUT N° 4 DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE: 06 20 74 810



PPV: 20DH00
PER: 11/25
LOT: L3651

ASPEGIC 1G
SACHETS B20

P.P.J: 61DH10

LOT: 22024

PER: 09/2016

des risques
• Si vous
• Si vous
avec ASP
sachet-dose
médicaments et ASPEGIC ADULTES
on court de doses

6 118000 061076

V60

thiaméthoxime
œura-méthabutam
association
vable en enfant +
d'autres anticoagulants
solution buvable