

# 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 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 une fois par an.

## 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 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

M23- N° 0038442

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1576

Société : D.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BIKRI AHMED

Date de naissance : 14/09/1948

Adresse : Lot 19, MEZZAH, APT 10

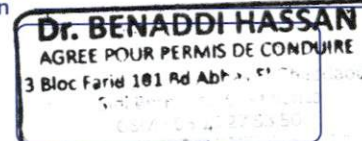
Tél. : 48364836

Total des frais engagés : 891,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BIKRI Ahmed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : infirme chronique

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :


26/04/2024

PP4FR05/V2/20-10-2023


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
26/4/2024	C	C1	100	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MENZEL AL OODS Lot Al Menzen Imm 85 N°1 Al Oods Sidi Bernoussi Tél: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA Patente N° 31630955 - I.F. N° 53010629 INPE 092042357	26/04/24	341,80
	26/04/24	850,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

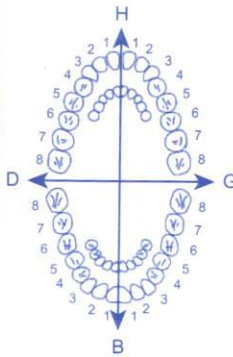
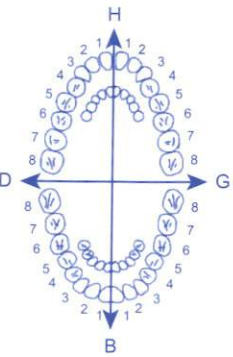
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 BENNADDI Hassan

Diplome de la faculté de médecine de Lille

MEDECINE GENERALE

Diplome d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Médicale  
de Permis de Conduire  
Suivi de Diabète

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب بليل

الطب العام

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

مرخص للفحص الطبي لأجل

رخصة السياقة

مراقبة مرض السكري

Casablanca Le : 26/11/2024 : الدار البيضاء في :

11,50x2

Contalax

SV

16174

1) (56,60x2) + (52,94)

2) 37,20x2

3) 25,10x2

4) 28,10

5) 34,10

34,10

34,10

34,10

34,10

34,10

Bloc Farid 101 Avenue Abbas Ghaddaoui N° 3 Sidi Bernoussi - Casablanca

بلوك فريد 101 شارع عباس الغداوي رقم 3 سيدي البرنوصي

الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50



PPV : 37 DH 20

PPV : 37 DH 20

**Vita C1000®**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EXP 09/2026  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX LOT 36037 22  
PPV 25DH10

**Vita C1000®**

EXP 09/2026  
LOT 36038 23  
PPV : 25DH10

M,50

LOT 36038 23  
PER 01/02/2026

M,50

LOT 36038 23  
PER 01/02/2026

EXP 09/2026  
LOT 36037 22  
PPV 25DH10

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5ml  
1mg/3500UI/5000UI/pour 1ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 28.10 DH

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
LOT : 23E004  
PER : 07/2027

6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Stilnox 10 mg b20 cp pel  
P.P.V : 52,90 DH

6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60

6 118000 061465

Docteur BENNADDI Hassan,  
Diplome de la faculté de médecine de Lille

MEDECINE GENERALE

Diplome d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Medicale  
de Permis de Conduire  
Suivi de Diabète

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب بليل

الطب العام

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

مرخص للفحص الطبي لأجل

رخصة السياقة

مراقبة مرض السكري

Casablanca Le : 26/4/2024 : الدار البيضاء فيم:

Mr. BIKRI Ahmed

360.00

Tensio metre SP 1S

80.00

lentur de glycémie SP 1S

110.00

Bambette glycémie SP 1S

350.00



Bloc Farid 101, Avenue Abbas Ghannouchi N° 3 Sidi Bernoussi - Casablanca

بلوك فريد ، 101 شارع عباس الغداوي رقم 3 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50

صيدلية منزلة القصور  
PHARMACIE MENZEH AL QODS  
N° 1  
Boulevard Al Menzhen Imm  
Sidi Bernoussi  
05 22 73 35 42 - CASABLANCA  
Tél : 05 22 73 35 42 - I.F. N° 53010279  
Boite N° 31630955

M Bi K Ri Ahmed

PHARMACIE MENZEH AL QODS  
Lot. Al Menzeh Hamm 15 N°1  
Al Qods Sidi Bernoussi  
Tél: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA  
Patente N° 31630955 - I.F. N° 53010629

Casa

le 26/04/24

FACTURE N° 35

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
1	Tensiomètre (SV)	360,00	360,00
1	ongell plus (SV)	80,00	80,00
1	Bandelette glycémie (SV)	110,00	110,00
Total :		550,00	

PHARMACIE MENZEH AL QODS  
Lot. Al Menzeh Hamm 15 N°1  
Al Qods Sidi Bernoussi  
Tél: 05 22 73 35 42 - CASABLANCA  
Patente N° 31630955 - I.F. N° 53010629

REMBOURSÉ

par la

MUTUELLE

<sup>®</sup> **Plus**

Systeme de Surveillance de la Glycémie



Lecteur garantie 5 ans



ضمان لمدة 5 أعوام



# On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

REF G133-111



Info Pharma  
Distributeur exclusif

## ACON®



ACON Laboratories, Inc.  
5850 Oberlin Drive, #340  
San Diego, CA 92121, USA

[www.aconlabs.com](http://www.aconlabs.com)

EC REP

MDSS GmbH  
Schiffgraben 41  
30175 Hannover, Germany



TECHNICAL