

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-000018

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6119 Société : ZAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ANANE Abdelmajid
 Date de naissance : 26/02/1962
 Adresse : Nabil 133 11/haïel Marrakech
 Tél. : 0665648785 Total des frais engagés : 355,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OMAR BENMBAREK
 Médecin Généraliste
 1028, Hay Riad - BOUZHAKA
 Tél : 05.37.64.91.79
 Urgence : 06 72 43 50 87

Date de consultation : 25/12/2023

Nom et prénom du malade : Amene Abdelmajid Age : 62

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

Nature de la maladie :

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 : Bouzhakia Le : 25/12/2023

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
25/12/23	C	1	80	
19/12/23				
20/12/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/12/23

275,40

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

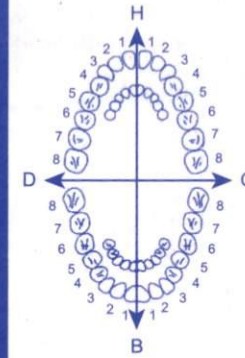
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

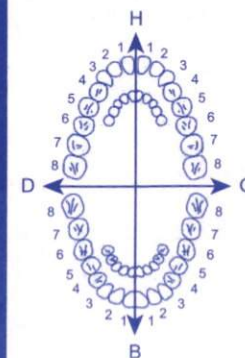
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Omar Benmbarek

Médecin Généraliste



LOT: M22080
EXP: AVR 2026
PPV: 66.80 DH

Ordonnance

Bouznika le : 25/12/2023

Nom et prénom :

Amane B. el ghil

22.10 x 2 / 164, 20

1)

2 mexic 2 p (14)

1 - 0 - 0 6000ts

14.30

2)

Polypine 1 p

1 - 1 - 1

66.80

3)

Volcanène 10 p

1 - 0 - 0

32.10

4)

Xénid 200 p

0 - 0 - 1

275.40

PHARMACIE REGHAY
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fatiha
Bouznika, Ben Slimane
Tél/Fax: 05 37 74 56 43
INPE: 062081187

OMAR BENMBAREK
Médecin Généraliste
1028, Hay Riad BOUZNIKA
Tél: 05.37.64.91.79
d'urgence: 06.72.43.50.87
INPE: 0621189927

Adresse : 1028 hay riad bouznika

Fix : 05 37 64 91 79

portable en cas d'urgence : 06 72 43 50 87

E-mail : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

العنوان : حي الرياض رقم 1028 ببوزنيقة

الهاتف : 05 37 64 91 79

المحمول في الحالات المستعجلة : 06 72 43 50 87

البريد الإلكتروني : Dr.Omar.Benmbarek@gmail.com

EXP. FEB-26
LOT ZENX
FAB. MAR-23

SYNTHEMEDIC

22 rue Aubert Lenoir 41 80000 Nogent-sur-Oise
France - Carablanche

INEXTUM

Cgr GR

20 mg

Bolite 14

840750MP/21NRQ P.P.V. 82.10 DH

6 118001

020591

EXP 12-2025
LOT ZEMA

SYNTHEMEDIC

22 rue Aubert Lenoir 41 80000 Nogent-sur-Oise
France - Carablanche

INEXTUM

Cgr GR

20 mg

Bolite 14

840750MP/21NRQ P.P.V. 82.10 DH

6 118001

020591

XENID[®]

Diclofénac sodique 100 mg

10 suppositoires

LOT: 1450
PER: 06/25
PPV: 30.10DH

VOIE RECTALE

xénid 100mg ○

10 suppositoires



6 118000 140559