

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

- 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° W19-420197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3411 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI Hiss

Date de naissance : 17/07/1969

Adresse : 7 rue MOZAIK

Tél. : 0661 336140

Total des frais engagés : 04 SEP 2019 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : INFILTRATION

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-420197

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

MUPRAS

04 SEP 2019

Matricule : 3411

Nom de l'adhérent(e) : BENNANI Hiss

ACCUEIL

Date de dépôt : / /

[illegible][illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26/05/19	PHARMACIE				4,60 €
	27/06/19	PARACHINIQUE				50,00

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

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	INP : <input type="text"/>							
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B
	H										
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	B										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	D	G									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE MAGHREB

70. Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25.81 11 - 23.46 39

Fax : 05 22 23 45 40

EB
ARMACIE I BOUTEILLERIE
Nadia ZERHAMA
du Phare, Residence Ighou
Tel. : 05.22.20.20
Cas

Nadia
Avenue du Fihare, Resto
Casablanca Tel. : 05.22.44.44 Casablanca, le

Casablanca, le

1381048

① $\log 0.4 \text{ d/c}$

PPV 180060
PER 10/21
LOT H2288-2

 $26.6 \rightarrow x5$

PPV 76DH60
PER 03/21
LOT H555-1

F P V 160H60
PER 10/21
LOT H2288-2

PPV 16D1160
PER 10/21
LOT H2288-2

LOT: 06219005
PER: 01-2024
PPU: 47,90 DH

479

PPV 76DH60
PER 03/21
LOT H555-1

○ Algebra 20

L0T 171271
EXP 07/2020
PPV 99.00DH

99-142 2 of 18

Only 0 1 2

87-5-5

867

LOT: 170110
DLUD: 07/2020
87.00 DH

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

867

LOT: 170110
DLUO: 07/2020
87.00 DH

CLINIQUE MACHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

15084

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 4000ulantixa inj b2
P.P.V : 138,10 DH



SIRDALUD® 4 mg
Comprimé pelliculé

PPV = 86,70 DH

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

26/6/20

① in flax fl-

1845

Lot : 001/07
Exp : 06/2021
PPC : 184,00DH

caf = 12 g'

PHARMACIE LAUANA
Avenue du Phare, Résidence 180204
Casablanca Tél. : 05 22 80 28 67

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA

مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

16/6/61

① Agulpan le

② Sept le

~~مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA ⑤~~

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 26/06/2019

NOM , MR BENNANI ZYAD

DOCTEUR , LATIF IDRISSE

FACTURE 0966/2019

DESIGNATION	TOTAL
*LATIF IDRISSE	600,00
*PHARMACIE	460,00
*PART CLINIQUE	50,00
TOTAL	1110,00

Arrêtée la présente facture a la somme de ,

MILLE CENT DIX DIRHAMS

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif
Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 45 40
CASABLANCA ⑦

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

26/06/2019

NOM , MR BENNANI ZYAD

DOCTEUR ,LATIF IDRISSE

DESIGNATION	TOTAL
*HYALGAN	360,00
*DIPROSTENE	60,00
*COMPRESSE ST	20,00
*SPARADRAP +BETADINE	20,00
TOTAL	460,00

Arrêtée la présente facture à la somme de '

QUATRE CENT SOIXANTE DHS

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél: 0522 990 990 - Fax: 0522 23 45 40
CASABLANCA ⑦

Bon de Consultation

N° 29335

Date:

25/04/19

Nom :

BENNANI Ziad

Médecin traitant :

D. DRISSI

- Consultation :

600 DH

- Imagerie :

50 DH

- Laboratoire :

~~1060 DH~~

- Autres :

460 DH

- Total :

1060 DH

- Clinique :

- Honoraires :

- Radiologie :

- Laboratoire :

CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Cadi Iass Maârif

tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40

CASABLANCA

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadi Iass Maârif
tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40
CASABLANCA