

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.

Diologie 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.

Éducation :

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 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

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° P19-058348

39321

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 497 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité

Nom & Prénom : Boum B. R. A. T. W.

Date de naissance : 06/01/1977

Adresse : ...

Tél. : ... Total des frais engagés : ... 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 : ...

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° P19-058348

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).

Matricule : ...

Nom de l'adhérent(e) : ...

Total des frais engagés : ...

Date de dépôt : ...

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 (soins 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 rééducation.
- 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : per@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 69-68 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Declaration de Maladie

N° W19-511127

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Bennis Brahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/08/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le montant des Actes
02/08/20		1	300-	

Dr. Noureddine AMRI
Omnipraticien et Pédiatre
188, Rue Alexandre Dumas
Alger 16, Algérie
Tél: 022 89 62 89 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur

Date

Montant de la facture

27-08-20
Pharmacie Naïma
INP: 92044569

574.00

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
AM PC IM IV

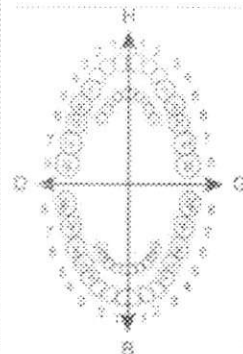
Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

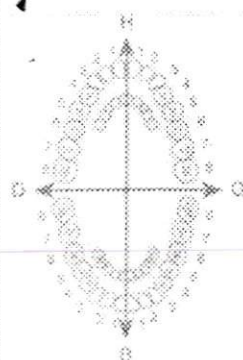
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées



O.D.P. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533410	01488902	
00000000	00000000	
0		0
00000000	00000000	
00000000	11488903	
B		B

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la protection

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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'EXE

Dr. Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine
de Montpellier

ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU SPORTIF



امري

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2023
LOT 02048 1

فرنسا

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2023
LOT 02048 1

الجراحة التجميلية

Le : 27/08/2020

MR BENNIS BRAHIM

255,00 • **Alyse 75 mg - gélule**

1 Gélule, soir, pendant 2 mois

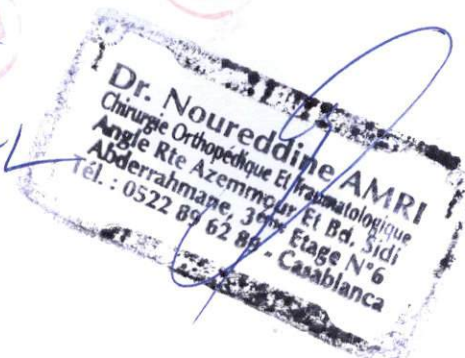
28,80 x 6 • **Vitanevril fort - comprimé dragéfié**

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant 2 mois

35,10 x 2 • **Becidouze - dragée**

1 Dragée, matin, soir, pendant 30 jours

76,00. Brahim
r-y, 2



56 GÉLULES



Voie orale



ABDILBRAHIM

Lot:

19 L 4 2 6

Per:

10 . 2 0 2 1

PPV: 255DH00

A20012118/00

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80

ڦٽانڦريل® ڦوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV LOT PER

28,80



INexium® 20 mg
ésooméprazole

إينكسيوم® 20 مغ

إزو ميبرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeir briou al ouam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Bolte 14

640/15DMP/21/ARQ P.P.V: 82,100H



14

**comprimés
gastro-
résistants**

Par voie orale

14

**قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم**