

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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° S19-0002305

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0964 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSOLTANA Hiloud Date de naissance : 09/08/1980

Adresse : MOUBARAKA GR 65 N7 SIB

Tél. : 0661232803 Total des frais engagés : 678,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور عبد السمیع بن اعماد
Docteur ABDESSAMI BENADADA
MEDECINE GENERALE
16 زقاق فوق حزام طريق الخير
سكني المزدحم الدار البيضاء
Fix : 0522 73 85 06 Mobile 0661 07 24 12

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : BENSOLTANA Hiloud Age :

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

Nature de la maladie : HTA - PSA - Asth

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 : 3/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0002305

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 : 964

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 13/11/2020

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
03/11/20	C	2	160	Dr. ESSAM BENADADA 16 Rue 4 Novembre - الدار البيضاء Fix: 0522 73 96 06 Mobile 0661 07 24 12

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL KHAFIF Im: 15000 - Casablanca Sidi Bernoussi - Casablanca Tel: 05 22 73 94 44	03/11/20	5 1880

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	

VOLET ADHERENT

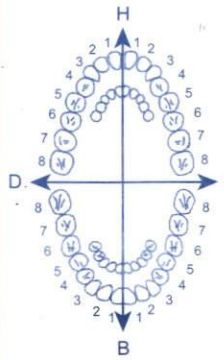
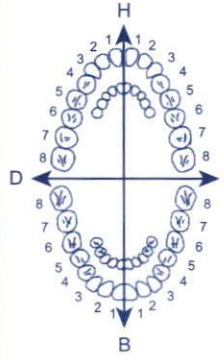
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr><td>H</td><td></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>B</td><td></td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS															
	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

Dr. Abdessami BENADADA

Médecine Générale

Diplôme Médecine du Sport

Diplôme Echographie Générale



الدكتور عبد السميع بن اعدادة

الطب العام

دبلوم الطب الرياضي

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 03/11/20 : الدار البيضاء في :

BENSOLTANA Miloud

41,30x2 Ventoline 2h

62,100 S.V. 2h

- Unispas 2h

76,100x2 Unadon 2h

84,100x2 Nebilet 2h

37,70 Ventecid 2h

51880 1cp 8h

Pharmacie Yafa
Mme AL KHAFIFAMAL
Imm 52 Hay Moubarka
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel 05 22 73 94 44

دكتور عبد السميع بن اعدادة
Docteur ABDESSAMI BENADADA
الطب العام
16 Rue Nablos, El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca
07 24 12
Fix : 0522 73 96 06 Mobile

26، حي امبركة القدس سيدي البرنوصي البيضاء الهاتف : 05 22 73 96 06

26 Hay M'barka, Rue Nablos, El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05 22 73 96 06



118001 141258
VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH



118001 141258
VENTOLINE 100 mcg
 Aérosol 200 doses
 PPV 45,30 DH

Urispas® 200 mg
 30 comprimés pelliculés



6 118000 020653

URADOX® 2mg
 30 cps sécables



6 118000 051107

URADOX® 2mg
 30 cps sécables



6 118000 051107

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés

Pharmaceutical Institute
 R.S. 283 OUM AZZA Région Rabat

PPV : 87 DH 50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
 28 comprimés
 PPV 87DH50

Vantec 10mg

30 comprimés enrobés sécables



6 110000 360049