

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ATIVE R LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ctions générales :

Le cadre réservé à l'adh rent doit être d ment 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.

tique :

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 r  ductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 - 5 me 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



54948

Déclaration de Maladie : N  P19- 0023678

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adh rent (e)

Matricule : 1707 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GOUAIR Date de naissance : 3-12-56
Adresse : Rue 6 N 2 Coop. chabab Hay Elhouda Berrechid
Tél. : 0661045704 Total des frais engagés : 403,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd El Fida Hay Yasmina
3-09-CHIN
GSM. 061.56.93.14

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : GOUAIR Malika Age :

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

Nature de la maladie : ANI

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   : Berrechid

Signature de l'adh rent(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
27/10/2020	C	1	1505H	Dr. BENKAL M. EL FIDA Hay Yasmima 134 Bd EL FIDA Hay Yasmima A LORECH GSM. 061.56.93.14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/10/20

253,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

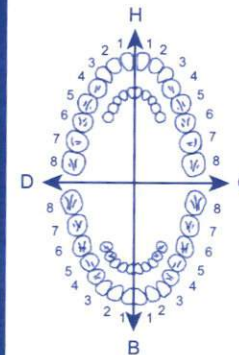
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan d

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)

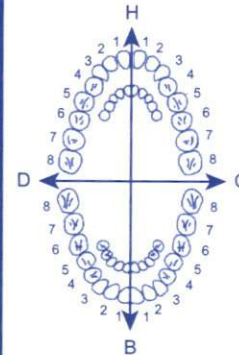
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

Berrechid, le : 27/10/2023

ORDONNANCE

1 - DIAMICRON 60 mg

2 - METFORMINE Win

0 - 1 - 1 x 04 mois

Traitement de 04 mois

T 25340

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

LOT : 20E008
PER: 03 2023

METFORMINEWIN 8
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



6 118000 0621

LOT : 20E005
PER: 03 2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



6 118000 062134

134, شارع الفداء، حي ياسمينه الطابق الاول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1^{er} Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14