

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 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

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° M21- 074635

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : SALHI RABHA
Date de naissance : 1949
Adresse : 2 Rue NACIS (ex Mouettes) Ferme Bretonne
CASABLANCA
Tél. : 06 69 09 53 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/09/2022
Nom et prénom du malade : SALHI Rabha Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : ACFA
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 : CASABLANCA Le : 28/09/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28-09-2022 | C3 | | 300 |  |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Découvert par le Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr. Adnane BIDAH 48, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI, SBOULFA - CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72 | 28/09/2022 | 344,70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

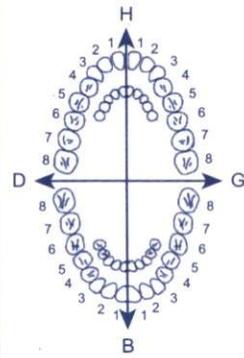
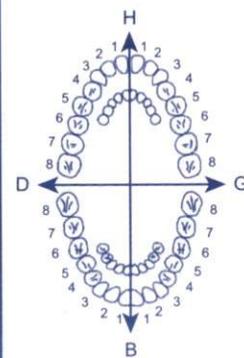
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|  | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
 Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
 CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89
 Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97
 GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Madame SALHI Rabha

Casablanca le 28.09.2022

LOT 212955
 EXP 11/2025
 PPV 46,30 DH

46,70

20,00 x 3

37,80 x 3

25,00 x 3

49,60

344,70

- 1- ZYLORIC 100MG :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET
- 2- SINTROM 4 MG:
1/4 CP PAR JOUR SANS ARRET
- 3- SECTRAL 200 MG :
1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET le matin
- 4- DIGOXINE :
1 CP /J SAUF LUNDI ET VENDREDI .SANS ARRET
- 5- ALDACTAZINE :
1/2 CP LE MATIN SANS ARRET
- 6- D-CURE FORT : 1 AMPOULE PAR MOIS X 03 MOIS

7.S

7.S

7.S

PHARMACIE OUM ER
Dr. Adnane BIDAHA
 49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI
 EL OULFA - CASABLANCA
 Tel. 05 22 90 88 72

Dr. EL MAKHLOUF Ali
 Professeur Agrégé Cardiologie
 5. Rue Med. Abdouh - Casa

PHARMACIE OUM ERRABII
Dr. Adnane BIDAHA
 49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,
 EL OULFA - CASABLANCA Tel.. 05 22 90 88 72

PPV: 49,60 DH
 LOT: 22H01
 EXP: 08/2025

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
 (Digoxine)
 30 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
 (Digoxine)
 30 compr
 BOTTU S.A.

6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg
 (Digoxine)
 30 comprimés
 BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

LOT: 21E001
 PER.: 02/2024
SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80
 6 118000 060154

LOT: 21E001
 PER.: 02/2024
SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V 37DH80
 6 118000 060154

LOT: 21E001
 PER.: 02/2024
SECTRAL 200 MG
 CP PEL B20
 P.P.V : 37DH80
 6 118000 060154

PPV : 20,00 /
 Exp : /
 N° Lot : /

PPV : 20,00 /
 Exp : /
 N° Lot : /

PPV : 20,00 /
 Exp : /
 N° Lot : /

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83