

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005618

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03471

Société : RA

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAGHRIB ABDELKADER

Date de naissance : 1936

Adresse : Village Berca Noucar Bloc 9 N°10

Tél : 0633477518

Total des frais engagés : 12014 + 676,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Derooua Tél : 06 61 93 28 94

Date de consultation : 05 DEC 2022

Nom et prénom du malade : LAGHRIB ABDELKADER

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 22 DEC 2022

Le : 22 DEC 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation 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
05 DEC 2022	C	x	12000	 DR MALIKI Mohammed Médecine Générale Diplôme en Echographie Deroua - Tél. : 06-61 93 28 9

5 DEC 2022

Dr MALIK Mohamed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DEROUA EL HAK Fouad Pharmacien Centre Commercial Deroua Tél: 05 22 53 21 77 05 22 53 25 10	05 12 22	676,8

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE DEROUA
EL HAIK Fouad
Pharmacien
Centre Commercial Derooua
Tél.: 05 22 53 21 77
Fax: 05 22 53 25 10

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

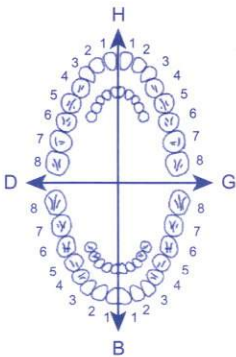
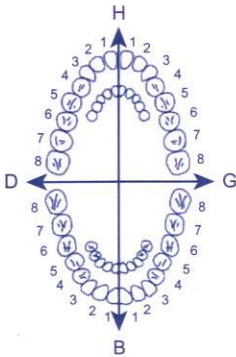
Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		D		B	
H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>								
D		B								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

The diagram illustrates a human dental arch with teeth numbered 1 to 8 on both sides. The top arch is labeled 'H' and the bottom arch is labeled 'B'. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'. The numbering is as follows: 1 (central incisor), 2 (lateral incisor), 3 (canine), 4 (first premolar), 5 (second premolar), 6 (first molar), 7 (second molar), 8 (third molar).

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		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is symmetrical about a vertical centerline. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The bridge is divided into spans by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the centerline. The spans are numbered 1 through 7 on both sides of the centerline. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MALIKI Mohamed

الدكتور مالكي محمد

MEDECINE GENERALE

LABORIB

الطب العام

Diplômé en Echographie

Abdelkader

حاصل على شهادة الفحص بالموجات الصوتية

De la Faculté de Médecine de Montpellier

بكلية الطب بمونتبولى بفرنسا

Visite du Permis de Conduire

الفحص الطبي لرخصة السياقة

Deroua, le 05 DEC 2022 في الدروة،

IR PH 80 DU VALPHI

1 Vp 6 ur

Knouiguel 10

20g

Glycan 10

Anticardyl 10

10g 20g

10g 5g 10g

Tangam 10g

06 61 93 28 94 - الهاتف المحمول : 26200 - 01، بلوك U، مركز الدروة، مقابل المركز الصحي - 26200 DEROUA - Tél. Mobile : 06 61 93 28 94

01, Bloc U, Centre Deroua (en face Centre de Santé) - 26200 DEROUA - Tél. Mobile : 06 61 93 28 94

6000/4

- adha 3 no 4
tyf 4 yma



676,80

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél.: 06 61 93 28 94

PHARMACIE DEROUA
EL HAIK Fouad
Pharmacien
Centre Commercial Deroua
Tél.: 05 22 53 21 77
Fax: 05 22 53 25 10

LOT: 021
PER: AVR 2024
PPV: 100 DH 00

KARDECIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V.: 35DH70
LOT: 22E008
PER: 03 2024

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V.: 41DH80
LOT: 22E002
PER: 04 2025

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V.: 41DH80
LOT: 21E012
PER: 08 2024

LOT 220590 1
EXP 02 2025
PPV 60.00

LOT 220972
EXP 04 2025
PPV 60.00

LOT : 8558
UT. AV : 04-25
P.P.V.: 108 DH 00

LOT 220972
EXP 04 2025
PPV 60.00

LOT 19150 PER 09/25
FB56

LOT 19150 PER 09/25
FB56

LOT 19150 PER 09/25
FB56

Tanganil® 500 mg
تَانْجَانِيل® 500 ملغ
30 comprimés - قرص 30
VTE: MA-PPV: 51DH00
LOT 72860
6 118001 183340

LOT 220972
EXP 04 2025
PPV 60.00