

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0001332

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD
Date de naissance : 11-06-1963
Adresse : N° 12 CITE LAYA ROUTE D'EL JADIDA
CASABLANCA
Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : 273 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 : CASABLANCA

Le : 22/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22.05.23

273.00

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

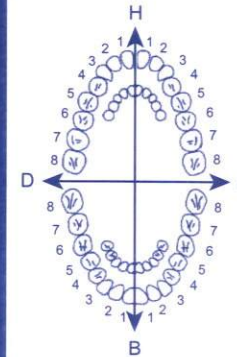
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

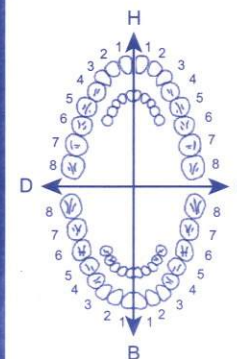
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **1/2 ENNEHAS FOUAD**

Matricule : **06446**

N° CIN : **B659 683**

Adresse : **N° 112 CITE LAMA ROUTE EL JABIDA CASA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigne :

N° ICE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Partie réservée au médecin traitant

Spécialité :

N° INPE : **091026955**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

H7A

Dont ci-joint ordonnance : **273.00**

Traitement prescrit : **Exforge 10/160mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **06/01/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Pr. ZOUBIDI Mohamed Zinabdin
Professeur Agrégé Cardiologie
Interventionnelle
67, Rond Point de Marseille Oasis
Casablanca - Tél. : 05 22 25 51 35
Mob. : +212 6 69 58 10 81

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Pharmacie ERNEST RENAN-Sté LAMEDICALE PHARMACIE -

Dr Khaoula LAMOUASNI RACHIDI

+212522994975



Facture N° FAC-22702

Date : 22/05/2023

ENNEHAS FOUAD

Maroc

| Produit | Qté. | P.U | TVA | Total |
|--------------------------------|------|--------|-----|--------|
| EXFORGE CO 10MG/160MG B28 COMP | 1 | 273,00 | 1 | 273,00 |

| | | | |
|---------------|----|----|-----|
| Code de TVA | 1 | 2 | 3 |
| Taux | 0% | 7% | 20% |
| Montant (DHS) | 0 | 0 | 0 |

| | |
|-----------------|-------------------|
| Total HT | 273,00 DHS |
| TVA | 0 DHS |
| Total Organisme | 0 DHS |
| Total Client | 273,00 DHS |
| Total | 273,00 DHS |

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-treize DHS

Pharmacie Ernest Renan
SARL AU LAMOUASNI RACHIDI
Dr LAMOUASNI Khaoula
Docteur en pharmacie
34, rue Ahmed Akrad ex-aviateurs Oasis
Casablanca - Tel 0522994975



IF : 48525813 TP : 1337/2021/3125 RC : 491507 ICE : 002720585000074

Tel : +212522994975

Adresse : 34, rue AHMED AKRAD -ex aviateurs- oasis, casablanca