

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0013305

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8931 Société : 172076
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHALIL WAFAA
 Date de naissance : 20/01/1966
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0613347050 Total des frais engagés : 3586,70100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Malika ENNAB MEDICINE GENERALE Capital Center Entrée 8 - N° 1 Boulevard Abdel - Casablanca
 Date de consultation : 29 MAI 2023
 Nom et prénom du malade : Khalil Wafaa Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Maladie HTA + Panique + Bronchite
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 29/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29 MAI 2023 | Ca | | 200,00 | Docteur Malika ENNAÏF MEDECINE GENERALE Capitoul Centre, Phase B - N° 1 Boulevard Anoual - Casablanca |
| | | | 871 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| Pharmacie MERIEUX Nouveau pharmacie Casa 311, Bd. Mohammed VI Tél: 022 86 05 70 | 29/5/23 | 3586,70 OM |

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, et 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 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

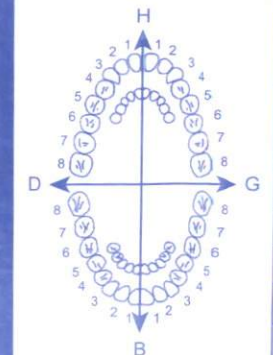
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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 Mal 7870



GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

الدكتورة مليكة النيبيل

MEDICINE GENERALE

Diététique Nutrition

D.I.U Echographie

Mesotherapie

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al ouamir reches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14
640150MP/21INRO P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

MEDIC

22 rue zoubair bnou al ouamir reches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14
640150MP/21INRO P.P.V.: 82,10 DH
6 118001 020591

Casablanca le 29 MAI 2023

M^{re} KHALIL wafa

7870
XB: Imexium 20 mg HT de 2 ans

2 GALVUS Net 1000 11 à 14h
39000

1 Bicamium 60mg

7870
XV: IRVEL 150 mg 11h

14000
XZ: 1 ep 2 11h 1 sor
3 mu

13500 - ACCU-CHEK Test 2 h 18

14670 - Augmentin 19 5

9930 - Bronchohod 1 ca 5/7

Capital Centre
203, Angle Bd, Anoual et Abdelmoumen
1er Étage N°1, Imm B Casablanca

كابطال سنطر
زاوية شارع عبد المومن وشارع أنوال
الطابق الأول الشقة رقم 1 العمارة ب - البيضاء

05 22 25 02 45

LOT: 190037
EXP: 06/2024
PC: 13,000TH

صيدلية ميريئوخ
PHARMACIE MERIEUX
Nouredine IBA
Docteur en Pharmacie
311, Bd. Abdoumoumen C.
Tél.: 05 22 86 05 70

PPU: 126,30 DH
LOT: 654609
PER: 01/25

LOT: 1173
PER: 12/24
PPV: 22,90DH

$\Rightarrow \times 6 \text{ Ged}$

\downarrow
 $2 \times \text{Ged}$

PRC : 135,00-DH $\Rightarrow \times 2 \text{ Ged}$