

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.

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

M23-004702

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3535 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SALIH AHMED
 Date de naissance : 11/04/1951
 Adresse : habitude
 Tél. : Total des frais engagés : 758 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/08/2023
 Nom et prénom du malade : M. SALIH AHMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : inflammation
 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 : casa Le : 15/08/2023
 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 |
| 15. AOÛT 2023 | 3 ORL | | 2500 H | <p>Dr. MENNONI Mohamed Amine</p> <p>ORL et Chirurgie Cervico-Faciale</p> <p>INPE:061290250</p> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
|  | Date | Montant de la Facture |
| | 12/08/2023 | 388,00 |

[illegible]

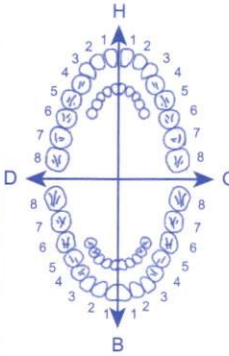
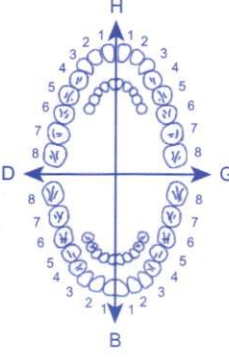
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| <i>[Signature]</i> | 08/08/2006 | | | | | 120 DH |

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'O.D.F.

| 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">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | |
| | D | G | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B | Coefficient des Travaux <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | |
| | | Montants des Soins <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | Date du Devis <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | | Date de l'exécution <input type="text"/> <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- ▶ Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- ▶ Chirurgie Cervicale et de la Face
- ▶ Traitement des Vertiges
- ▶ Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- ▶ Traitement de l'Allergie et Ronflements



- ◀ أمراض وجراحة الأنف و الأذن و الحنجرة
- ◀ جراحة الوجه و العنق
- ◀ تشخيص و علاج الدوخة
- ◀ اضطراب الشم و التذوق و السمع
- ◀ علاج الحساسية و الشيخير

Casablanca, le 12 AOUT 2023

Benzene Khadi

ANTIBIO SYNALAR

1940

Antibiosynthese

NS

$$\sqrt{g} \, t^2 \, x^2 \, (1)$$

250V
21-

Agri (K5)

12/11/21

11200

1200
3-1 Genta 160

MS

4. Trixon 1g

29/12 pelt 10,
3/1 pelt 10,

LOT : 347
 PER : 05/26
 PPV : 25,00 DH

LOT: 447 EXP: 08/24
PPV: 112DH00

PHARM
13,
Dis
Tel:0

صيدلية طه

548 شارع 2 مارس تقاطع شارع موديوكيتا، شقة 6 إقامة السنة (أمام مسجد السنة) - الدار البيضاء
548, Av 2Mars Angle Bd MODIBO Keita, Appt 6 Résidence Sonna (en face mosquée Sonna) CASABLANCA

Tél : 05 20 800 508 – 06 19 81 66 66

- i - cedol R

rep 3/1

LOT: 5119
PER: 03/26
PPV: 57,90DH

57,9026 - Bzcd 500

LOT: 5119
PER: 03/26
PPV: 57,90DH

A18507, Ixor 1205

rep 2/1

pubt 14;

388.00

IXOR[®] 20 mg 28 comprimés effervescents

PPU 118DH50 EXP 11/2024
LOT 28018 6

