

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
M22- 0013117

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 499 Société : RAR
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : LAMLOU Abdelhak
Date de naissance : 01-01-1945
Adresse : Dar Fayrouz Av. D. Tadmouk
Tél. : 0661133904 Total des frais engagés : 113,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/2/24
Nom et prénom du malade : Zaim Wahabhi Naim Age : 20
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HSA - douleur
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 : CC Le : 16/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

16/02/2024 Genefon

Montant de la FactureMontant
des Honoraires

	Montant détaillé
IV	des Honoraires

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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



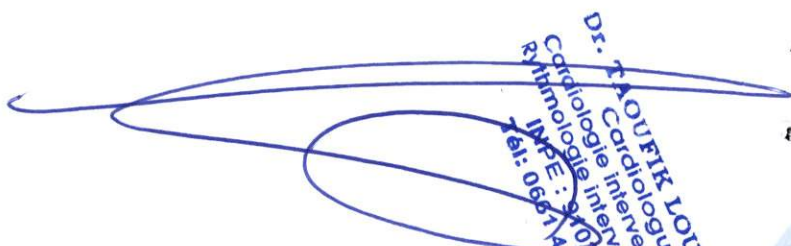
16/02/2020

M. ZAM WADGHIRI NAMA

113,50

1. Crowdine ^{1:5} P120

0.0.1.


Dr. TAOUFIK LOUAHABI
Cardiologue Interventionnelle
Rythmologie Interventionnelle
INSE : 97066807
Tél: 0667146 34 47

صيدلية عفازي
PHARMACIE BEN HAZI
Gabia EZZAIRGUNI
N° 2 RUE 8 LOT. TAMAY, California
GASR - Tél: 05 22 52 27 62

ORDRE D'ENCAISSEMENT

Motif admission :

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2401819	ZAIM-WADGHIRI NAIMA	16/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
MUPRAS		300,00
240216223529RA	OE établi par :RACHID	

CRONODINE 120 LP

diltiazem

LOT: 23006
PER: 04/2025
PPV: 113,50 DH

30 gélules
voie orale



IBERMA

RESPECTER LA DOSE
PRESCRITE

Indications, contre indications et posologie : voir notice
A conserver à une température inférieure à 30 °C

CRONODINE® 120 LP
30 Gélules



6 118001 220021

كرندين 120
دلتيزم



IBERMA

30 كبسولة
جرعة بالفم