

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

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-513513

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23127**

Matricule : **22327** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MDAGHRI FILALI NOUNIR**

Date de naissance : **02/08/1985**

Adresse : **RES AL FIDAOU 6495 A14 APPT 21 OULEA**

Tél. : **0662087775** Total des frais engagés : **2332** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **20.01.2020**

Nom et prénom du malade : **MDAGHRI FILALI** Age : **RAYAN**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **goutte au pied**

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 : **18 FEB. 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/2020	G	1	250	INP: 0001-34654

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PATH... Aut. 000 22 42 D. GR. AL DAIDA HAY EL QODS CASABLANCA Tel: 05 22 75 55 05	20/11/2020	30, GP. AL DAIDA HAY EL QODS CASABLANCA Tel: 05 22 75 55 05 108100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

Docteur YSSEF Boujema

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يسف بوجمة
اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب باكرنويل
الفحص بالصدى
خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي
طب الطفل عند الولادة
كلية الطب - باريس

190, زنقة مصطفى المعاني الدار البيضاء

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina susp b 10 n
P.P.V. : 60,00 DH

6 118001 081653

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10 }
 { 05 22 22 01 46 } هاتف العيادة
 { 05 22 22 21 48 }

GSM : 06 68 79 27 94 : المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 20/01/2020 في الدار البيضاء

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaâ Casablanca
TIORFAN 10MG NOUR SACH

B16
PPV : 112,00 DH

6 118001 184644

MADAGARI FILALI RAYAN

1750 x 200 g

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V. : 814 DH
6 118001 471057

Laboratoires
Pfizer S.A.

n° 3104 s. D > 38

6000 x 9 Enterogermina

1 sachet, mt et

11000 Tiorfan 10

1 sachet, mt et

HORAIRE CONTINU توقيت مستمر
FERMÉ MARDI ET JEUDI APRÈS MIDI

8.14.00 Prevenir 13



but A.S.



Suppl: Air Cast pour 4Tm

PHARMACIE FATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tel: 05 22 75 56 06

= 108100

PHARMACIE FATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tel: 05 22 75 56 06

PHARMACIE FATH EL KHAIR
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS
CASABLANCA
Tel: 05 22 75 56 06