

## 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

- 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'Horange Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-563860

57899

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11244 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOUSSAO ABDELKARIM

Date de naissance : 13/04/1964

Adresse : 170 Route de l'Industrie

Tél. : Total des frais engagés : 130 + 341,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : Abdelkarim Moussaoui

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

Nature de la maladie : Infection

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

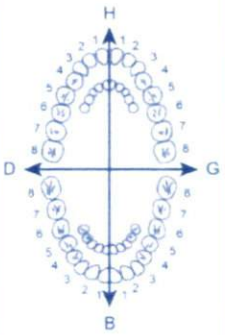
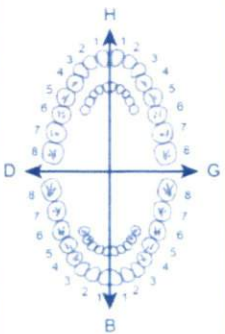


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/01/21	CS	1306		INP : 2014 8016

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fondusset	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR AL ADAA Dr IDRIS Zineb Hay Al Ousra II N° 161 Ain Chock Tel 05 22 50 32 33	30.01.21	344.90

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
		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 : 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 : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
								COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
									MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
										DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
											DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				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																			

## Médecine générale

Ex. médecin interne à l'hôpital  
Mohamed BOUAFI



الطب العام

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى  
محمد بوافي

## ORDONNANCE

Casablanca, le:

الدار البيضاء في:

51.40

M. Adhikari  
Moussard

1) spectrum is

46.30 14/12/15

2) Dontomyces

$$52.4 = 149 \times 3\%$$

3) Divido 7mg

79.90 14/15

4) Filterase sup

30.20

5) Bezeichnung

219, Avenue Lahraouine, cité Djemaa Sheta 1er Etage  
(Au dessus de pharmacie Erraha)

Téléphone: 05 22 59 87 01

صيدلية دار الأرواحه  
HARAMACIE DAR ALIDAA  
Dr IDRISSE Zineb  
Hay Al Ousra II n° 161 Ain Chock  
Tel 05 22 50 32 33

LOT 191829  
EXP 11/2022  
RPV 51.40DH

LOT : 6676  
U.T. AV : 11-22  
P.P.V : 46 DH 30

PPV : 51,40 DH

Lot : 190897  
À consommer avant le : 12/2022  
PPC : 79,90 DH

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PAV 350H10 EXP 08/2023  
LOT 06008 2

219 شارع لهرأويين، قرية الجماعة (سبالة)، الطابق الأول  
(فوق صيدلية الراحة)

الهاتف: 05 22 59 87 01

29.80

6) Artiflex mi

1 app x 965

28.00

7) Nodol codeine

1 app x 965

T = 342.90



صيدلية دار الإداعة  
PHARMACIE DAR AL IDAA  
Dr IDRISSE Zineb  
Hay Al Ousra II N° 161 Ain Chock  
Tel: 05 22 50 32 33