

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## 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

N° M21- 0010538

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El ou AHDANI

Mohamed Ame

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : Yohya. Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-010538

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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

N° W19-451588

ACCUEIL

EL MANSOUR NEKNES

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **13186**

Matricule : **13186** Société : **RAN**

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : **EL OUAHDANI Mohamed Annie**

Date de naissance : **05/11/1892**

Adresse : **Ville n° 181 lot EL MANSOUR NEKNES**

Tél. : **06 76 16 37 92** Total des frais engagés : **1171,50** Dhs

DR. MORGANE PAZ

Dr. MORGANE PAZ  
Pediatre  
N° 3124 - 1er Etage, Annexe  
El MANSOUR NEKNES

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/01/2021**

Nom et prénom du malade : **El Ouahdani Yahya** Age : **.....**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Scarification**

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 : **Robert** Le : **16/01/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-451588

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **13186**  
 Nom de l'adhérent(e) : **EL OUAHDANI**  
 Total des frais engagés : **1171,50**  
 Date de dépôt : **02/03/2021**

## RELEVE 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
16/10/2021		C	250,000	INP: 111000619 MORJANE Fadila Signature Stage Appt.3

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	INP. N. 1 AIN	Date	Montant de la Facture
Signature du Pharmacien	05.371021	11/10/2021	921,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE

Neonatalogie et réanimation néonatale

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

خصاصية في امراض الاطفال و الرضع و حديثي الولادة  
خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفي الاطفال بالرباط

Témara le, ..... 16 - 01 - 2023 .

Sanofi-aventis Maroc   
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Avaxim 80 Inj b1 ser 0,5 ml  
PPV : 219,00 DH  
  
6 118001 081356

El Ouahdane Yahya

219 - w

① - Avaxim 80

364 - w

② - Jarrowall

364 - w

③ - Serenique 2,5 ml

219 - V

④ - aiguille orule

16 - V

⑤ - enillotocaine

18 - V

⑥ - Blatta 150H

18 - V

⑦ - Amiaine 90H

VARIVAX®  
poudre et solvant pour suspension injectable,  
flacon unitose 0,5ml après reconstitution/Boîte unitaire  
P.P.V: 364,00 DH  
N°AMM 789/16 DMP /21/ NSF  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 160686



BOTTU SA  
PPV : 71 DH 50

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.  
Appt 3 (1<sup>st</sup> étage). Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com

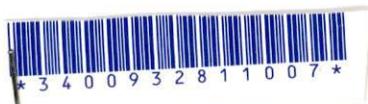
## ⑧ - Bismartial

Mr. W  
X7

2,5 ml

-Lx18

$\times 2 \text{ moles}$



\* 3 4 0 0 9 3 2 8 1 1 0 0 7 \*

Lot N° : 203031  
EXP : 04/2022  
PVC : 115,00 DHS

3. MURJANE Radja  
2800 Breteuil, 78130  
01 30 91 37 75

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
Dr. LADRAM Moumnia  
Projet Attadamounne, l.m.m. B1  
Mag. N° 1, Al Witak - Temara  
Tél: 05 37 61 06 62  
NIP : 102012184