

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-625905

CB730

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>121289</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BEKKARI Med Kamel</u>
Nom & Prénom : <u>BEKKARI Med Kamel</u>			
Date de naissance : <u>18 Nov 1981</u>			
Adresse : <u>86 Rue Jbel Azorki F7 cl Square Casa</u>			
Tél. : <u>06.61.630.388</u>	Total des frais engagés : <u>440,9</u> Dhs		

ARRIZA

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Ghali MECHICHE ALAMI Pédiatre Centre Résidence Nadia 281, Bd. Brahim Roudani Casa - Tél. : 0522 23 48 42	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>22/10/2021</u>	
Nom et prénom du malade : <u>BB KÉSAR Lina</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Urgence</u>	
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.	

MUPRAS

Signature de l'adhérent(e) : BB KÉSAR Lina

Fait à : Casa Blanca

Le : 25/10/2021

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 Blanca

Signature de l'adhérent(e) : BB KÉSAR Lina

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>PHARMACIE D'ULMES HAKIMA BA GHANDI MANSOUR 36080</del>	16/04/21	140,92

## **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	

## RELEVE 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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
Enterofermina susp b 10 fl  
P.P.V : 60,00 DH  
5118001 081652

الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

NEOFORTAN® 40 mg

PFU 400H00  
EXP 04/2023  
LOT 90049 2

Casablanca le : 16 AVR. 2021

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI

28,10 ٤. Neoferton S ٥٠٠



12,80

٤. Imprau Solut Zn ٥٠٠



٤٥,٠٠

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI  
28, Bd Brahim Roudani  
Casablanca - 20390  
Tél. : 0523.324222 - 0523.324223 - 0523.324224  
Fax : 0523.324225 - 0523.324226

٣ Medferm 9 ٤٥٠ ٥٠٠



٦٠,٠٠

٤ Eukofenin ٦٠ ٥٠٠



مركز إقامة نادية - عمارة 1 - 281 شارع إبراهيم الروదاني - 20390 الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 - الفاكس : 05.22.99.02.38  
Centre Résidence Nadia - Imm. 1 - 281, Bd Brahim Roudani. 20390 Casablanca - Tél. : 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17 - Fax. : 05.22.99.02.38

Lot :

EXP :

PPV (DH):

28.10

VOGALENE®  
METOPIMAZINE

0.1%

Valve orale

Solution buvable

150 ml

PPV 12DH80  
PER 04/22  
LOT J1330

12.80

ליבון גוּתְּפָן  
בְּנֵי קְנָהָב  
וְשִׁתְּךָ 12



ב

לִבְנָה - בְּנֵי קְנָהָב - בְּנֵי קְנָהָב - בְּנֵי קְנָהָב - בְּנֵי קְנָהָב - בְּנֵי קְנָהָב

לִבְנָה  
בְּנֵי קְנָהָב

לִבְנָה 16-30LA



לִבְנָה - בְּנֵי קְנָהָב

לִבְנָה - בְּנֵי קְנָהָב

לִבְנָה 300

®