

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

## Informations 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.

## Optique 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.

## 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.

## Prothétique :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° M21- 064724

98717

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 803

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGDALI LAHCEN

Date de naissance :

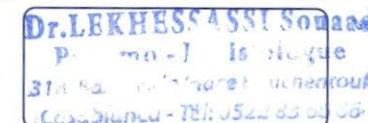
Adresse : 13 Rue IBNou AMYAR APP 19 LA VILLE HK

HAGEL Mohamed

Tél. : 06 30 61 93 93 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/06/2021

Nom et prénom du malade : LAGDALI FATHNA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bronchopathie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/01/2022

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-64724

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 : .....

## 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
24/12/21	C	2	250DH	<i>P.D. HESSASER 318 Bd. de la République Casablanca - 10000 - 03</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE LA MANDUIERE 39, RUE SIDI HAMOUD H.M. Casablanca</i>	24-12-21	224,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

ASTAG

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

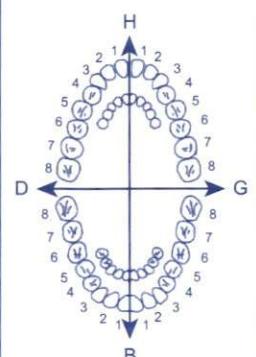
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
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

# الدكتورة الخاصة شنة

خريجة كلية الطب ببنانسي (فرنسا)  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفس

- الأمراض التنفسية

- الربو (الضيق) الحساسية التنفسية

- داء السل

- التهاب الرئتين

- فحص الوظيفة التنفسية

الدبلوم الجامعي في الأمراض التنفسية

المهنية والبيئية

الدبلوم الجامعي في طب الشفاف

AFISO

17,50

Lot n°: 008R025A  
Pér.: 02-2024  
P.P.V: 45 DH 30

Casablanca, le : ..... 24 DEC 2021 ..... الدار البيضاء في : .....

ri-LAGDALI Fatne

85,50

2x - This stat  
AFISO -  
Nexal -  
2x 200 mg

85,50 Clazex XL  
Nexal poll 2x

65,50 - Bukovent 50  
200 mg x 3/

85,45 - Effipred 20  
200 mg x 6/



Souad  
Sousc  
Place Bouchentouf  
Tél: 05 22 83 66 66

318, Bd El Fida, Place Bouchentouf - Casablanca. Tél.: 05 22 83 66 66

INPE: 091093617

PHARMACIE JAHOURI  
Harmacie JAHOURI  
DOCTEUR: M. Charmandic  
19, Rue Ben Ammar La Villette  
Tél: 05 22 61 69 56

318, شارع الفداء ، ساحة بوشنتوف الدار البيضاء الهاتف : 05 22 83 66 66