

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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° W19-449036

ND : 98315

Courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 4204

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JENNAN ABDAUAAH

Date de naissance :

07/12/1942

Adresse :

Bloc J N° 28 Pépinière  
SALE

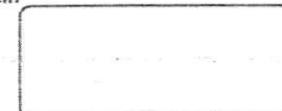
Tél. :

2662450560

Total des frais engagés : # 778,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du Médecin :



Date de consultation :

25/11/2021

Nom et prénom du malade :

Jennane Dimana Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Branchite

Allergique

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 :

SALE

Le : 29/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-449036

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**

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
25/11/21	ACs.		300.00	INP : 101035824 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'Arche Dr S. K. LAL Ad: Route 5 Fabrique Tel: 033-85-56-60 IPE: 102012366	25/11/2021	478,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VIOLET ADHERENT**

\* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

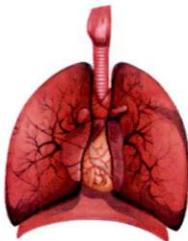
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

# Docteur Abdelali BOUDLAL

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire  
 Asthme - Tuberculose - Allergie  
 Diplôme de la Faculté de Médecine  
 de Brest-France  
 Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

# الدكتور عبد العالى بودلال

اختصاصى فى الأمراض الصدرية  
 الربو - الحساسية - داء السل  
 ذريعة كلية الطب ببريس  
 فرنسا  
 خبير محلل لدى المحاكم



Salé, le 25/11/2021 سلا، في

119,10

(1) comosat

142,00

✓ Pco<sub>2</sub> 82 mmHg mat.

(2)

Oxygène

✓ 2 mm

163,40

✓ 26% 24%

✓ 3 mm

(3)

Tamoxifen

34,70

✓ 88 mmHg

✓ 120 mmHg

(4)

Ractopamine

19,60

✓ 25% 24%

✓ 228 mmHg

(5)

Benzodiazepin

✓ 50

2, شارع محمد الخامس، عمارة الحظ السعيد، الطابق 2، تابريكت، سلا  
 2, Avenue Med V.Imm. Had Essaid. 1 er étage - Tabriquet - Salé  
 Tél: B 05 37 86 11 32 ( sur Rendez-vous)

Dr. Abdelali BOUDLAL  
 Spécialiste des Maladies de l'Appareil Respiratoire  
 Asthme - Tuberculose - Allergie  
 Diplôme de la Faculté de Médecine  
 de Brest-France  
 Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
 Tel: 05 37 86 11 32  
 Fax: 05 37 86 11 32  
 Email: Dr.Boudlal@yahoo.fr

**M19,10**

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

Propionate de fluticasone/  
salmétérol

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé

PPU 142.00 DH

HETERO

Flacon de 120 doses

..... Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant ..... jours.

Traitemen débuté le .....

فرص (أفراد) في اليوم للتناول دفعه واحدة خلال .....

بـــــ العلاج بتاريخ .....

MONOZECLAR® 500mg

Boîte de 10 COMP. PEL

P.P.V : 163.40 DH



6 118001 183838  
Maphar  
Km 10, route côtière 111  
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca  
Maroc

**PARANTAL C 1000®**

PPV 19DH60  
EXP 05/2024  
LOT 0N044 2

PPU 34DH70  
EXP 07/2024  
LOT 16078 2

**PECTRYL®**

SIROP EXPECTORANT  
EXPECTORANT SYRUP

**250 ml**