

# 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.

## Biologie 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.

## 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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03268

Société : RAM Retraite'

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHIDIQI

Abdelaziz

Date de naissance : 06/10/1953

Adresse : 379, 3d PANORAMIQUE CASA

Tél. : 06 64 79 09 14

Total des frais engagés : #417,80# Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 JAN. 2022

Nom et prénom du malade : KHIDIQI - Abdelaziz Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite + diarrhées

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 : CASABLANCA

Le : 25/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

## 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 JAN 2022	C1		# 150,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOULLEAU 1439 BIS AVENUE HADDOU CASABLANCA TÉL. 05-60-26-00-00 B.P. 00000	2011/02/22	267,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Abélaiz ANBARI

Médecine Générale

DU en diabétologie (Montpellier)  
 DU en diététique et nutrition (Montpellier)  
 DU d'expertise Médicale et de  
 Réparation du Dommage Corporel  
 Assermenté auprès des tribunaux  
 N° 550 Bd Modibo- Keita  
 C.P 20550 - Casablanca



الدكتور عبد العزيز عنبرى

طب العام

دبلوم في مرض السكري (مونتوبولي)

دبلوم في الحمية و التغذية (مونتوبولي)

دبلوم في الخبرة الطبية

طبيب محلف لدى المحاكم

550 - شارع موديبو كيتا

20550 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 39 35

GSM : 06 61 41 52 00

E-mail : a.anbari@menara.ma

Casablanca, le : 24 JAN. 2022

PHARMACIE  
DR ABDELAIZ ANBARI  
Bd. Modibo Keita 550  
Casablanca  
Tél. 05 22 50 60 10  
Fax 05 22 50 60 10  
E-mail : a.anbari@menara.ma

~~Augmentin Ag (dose de 12)~~

~~1 sachet x 37,-~~

~~Am mycée 500 (dose de 3)~~

49,-

~~Nausélim 45 (1)~~

~~18 x 38,- (1/6 avant  
sepas )~~

30,50

~~Imodium~~

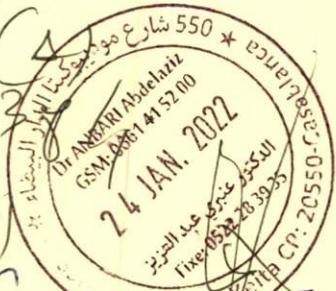
~~1 gelule x 3,-~~

16,-

~~Andol C (1)~~

~~14 x 38,-~~

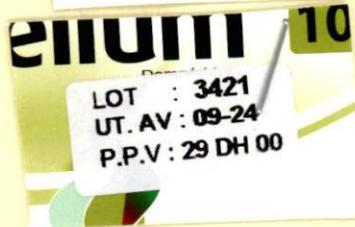
267,80



Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCrites

PPU : 126,30 DH  
LOT : 645750  
PER : 05/22



IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

LOT : 20E008  
PER : 12/2024

P.P.V : 30DH50  
6 118000 010845

66,00  
LOT : 21001  
UT. AV : 03/16  
P.P.V : 60DH00

