

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.

Pathologie 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.

Prothésaire :

- 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0051770

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03268 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : KHIDIQUI Abdelaziz

Date de naissance : 06/10/1953

Adresse : 379, BO PANORAMIQUE CASA

Tél. : 06 64 79 09 14 Total des frais engagés : #417,80# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 JAN. 2022

Nom et prénom du malade : KHIDIQUI 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 BOULEVARD HADDOU - CASABLANCA	24/01/22	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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelaziz 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 عنبري

الطب العام

دبلوم في مرض السكري (مونتبولي)

دبلوم في الحمية و التغذية (مونتبولي)

دبلوم في الخبرة الطبية

طبيب محلف لدى المحاكم

550 - شارع موديبوكيتا

20550 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 28 39 35

المحمول : 06 61 41 52 00

E-mail : a.anbari@menara.ma

Casablanca, le : 24 JAN. 2022

KHIDIoui
Abdelaziz

PHARMACIE BOULEVARD
Bd. Ouled Hadjoudj, n° 39 Bis,
Hay Keitmat, CASABLANCA
Tél: 05 22 50 60 26

126,30

4 Augmentin 1g (Boite de 12)

66,00 2,25 Sachet x 38/;

2,25 Asmycure 500 (Boite de 3)

191,;

29,00 3 Nausélin 4 (1)

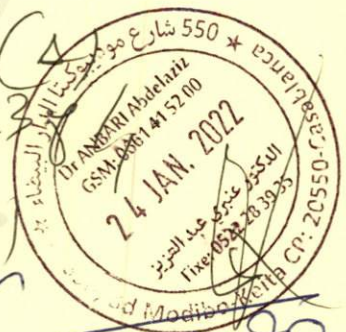
19 x 38/; (1/6 avant
separ)

30,50 4/ Imodium (4)

1 gelule x 38/;

16,00 5/ Andol C (1)

24 x 38/;



267,80

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

enium 10

LOT : 3421
UT. AV : 09-24
P.P.V : 29 DH 00

LOT : 20E008
PER: 12/2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH60

6 118000 010845

LOT 21401
PER 03/16
P.P.V 66,00

66,00