

# 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.

## 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.

## 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

UPRAS 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- 074956

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7473

Société : *Praxi*

Actif

Pensionn[e]e

Autre :

Nom & Prénom : *EZ-ZAHRA F. Noureldine*

Date de naissance :

*1960*

Adresse :

Tél. : *06.15.63.04.68*

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*24/02/2022*

Age :

Nom et prénom du malade :

*ABDALLAH BEN MOHAMMAD ALI*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Pharyngite*

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 74956

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 : *7473*

Nom de l'adhérent(e) : *ABDALLAH BEN MOHAMMAD ALI*

Total des frais engagés :

Date de dépôt : *16.02.2022*

#### 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
24/02/2022	C		150,00	55.88
24/02/2022	ECG		102,00	36.72

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.06.16	1664

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET 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'

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

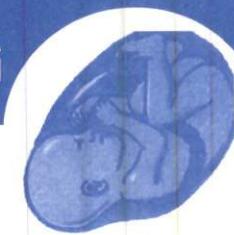
Dr. Khalid Mohammadi

الدكتور خالد محمدی

OMNIPRATICIEN

DIPLÔMÉ EN ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

Tél : 05 22 33 36 89



الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الهاتف : 05 22 33 36 89

EL Gara, le :

24/02/2022 الثانية

دواء موهاند

35.70

Almond oil 10 ml

LOT 212671 1  
EXP 10 2024  
PPV 35.70



80,00

5 ciliap mu SE

LOT KE10082  
PER: JUL 2022  
PPV: 80 DH 00

50,70

Cardensiel 10 ml

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
imprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

Dr. Khalid Mohammadi  
Téléphone : 0521 33 36 89  
Email : el\_gara@live.com.tn  
Rue 9, El Gara, 33 36 89

# Laboratoire d'Analyses Médicales EMILE ZOLA

195, Bd Emile Zola Quartier Belvédère

05.22.24.20.03 – 06.67.79.24.60

Reçu

**Mme ABDELJEBBAR MARIAM**

Né(e) le : 08-12-1972

Saisie par : WE/ 18-03-2022 10:50

Analyses : NFS, VS, CT, HDL, LDL, TG, FERR, GPT, GOT,  
VITD, AU, CREA, TSH

CHÈQUE GARANTIE

**N° Dossier : 2203180013**



**MUPRAS**

Montant total : 1270.90 DH

Payé : 0.00 DH

Reste à Payer : 0.00DH

Prescripteur : Dr KHALID MOHAMMADI

