

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0003126

MUPRAS
RECEPTION

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4093 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Guazgar Abdelhak
 Date de naissance : 15/03/1968
 Adresse : 469 lot 01A 5ème étage DEROUA
 Tél. : 0766081968 Total des frais engagés : 445,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 JUIN 2022
 Nom et prénom du malade : Abdelhak Guazgar Age :
 Lien de parenté : ☒ Le même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Ensemble d'infarctus + Anémie*
 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 : DEROUA Le : 06/06/2022
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
06 JUIN 2022		4	130,00	Dr. EL HAMMOUZI Rés. Val Res. "B" 2ème Etage Angle Albert Premier et Bd. Méd. V. de la Méd. Tél. 01 70 00 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/6/22	245,40

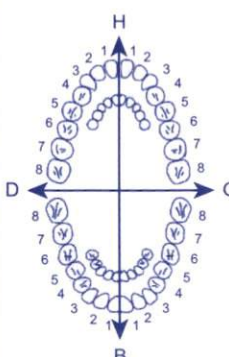
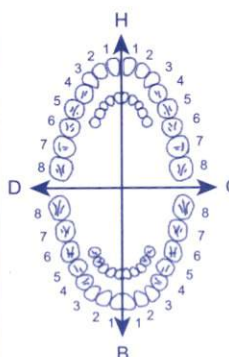
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

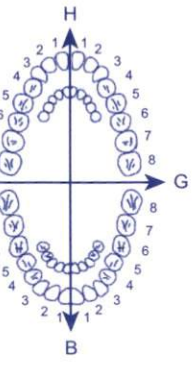
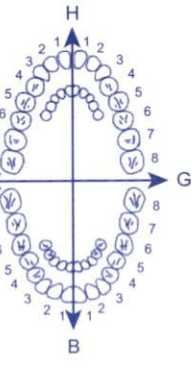
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		
	D	G	
	B		
	(Création, remont, adjonction)		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			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. EL HAMMOUYI Abdelaziz

MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

06 JUN 2022

Casablanca, le: في: الدار البيضاء،

~~Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz~~

S.V

S.V

S.V

S.V

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rès Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med V - Belvédère
Tél. 05 22 24 55 55

ساحة آل ياسير فالروز - ب - الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 24 55 55

Place El Yassir VALROSE "B" N°5, 2ème Étage Bd. Med V - Casa - Tél.: 05 22 24 55 55

36.70

8/ Anxiol

4-4-2

MS

MS 4-0-1/2

MSm

MS 0-0-1/2

MSu

MS 0-0-1/4

MS 1/2

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés. Val Mss "B"
2ème Étage Angl. Albert Premier
et Bd. Méd. V. - Belvédère

LOT: 05921001
PER: 09/2024
PPU: 37,40 DH

2 Comprimés
Voie or

445,40

LOT 200216
EXP 01 2023
PPV 74.30

36.70



PROFENID 100 MG
30 CP PEL
P.P.V.: 70DH90

LOT: 21E022
PER: 06 2024

LOT: 5-0-2
EXP: 03-03-2024
PPU: 42DH00

DOXYMYCINE® 100 mg 10 comprimés dispersibles

PPU 42DH00
EXP 11/2023
LOT 1D020 1

LOT 211873
EXP 07 2024
PPV 74.30