

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 canaux, 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 canaux.

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

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° W21-715850

119289

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30145 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ABDELLAH

Nom & Prénom : BELLAHZOU I

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 76 1993 Total des frais engagés : + 428,80 € Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. NAJIB TLEMÇAN
MEDECINE GENERALE
271, Bd. Reda GHEDIRA
(Ex-Nil) - Cité DJEMAA
Casablanca - Tél: 022 38 72 21

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : YAKINE ATTAKA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur Rhumatismale

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 : 06/06/2022 Le : 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

| 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 |
| 04 JUN 2022 | C | 1 | 200/01 | INP: 0911921971 Dr. NAJIB TLEMCANI MEDECINE GENERALE 371, Bd. Raja GHEBIA Cité DJEMAA Casablanca - Tél: 022 38 72 21 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|--------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE PANORAMIQUE Tél: 05 22 21 14 26 MPE: 09204808 | 9/6/22 | 228,80 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| SOINS DENTAIRES | | D.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | |
|-----------------|--|---|--|-------------------------|
| | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | 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

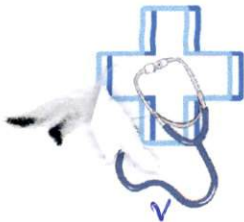
PPV: 48DH50
PER: 01/25
LOT: K3727

IB TLEMCANI

الدكتور نجيب التلمساني
الطب العام

b 82, Allée des Casanovas - 20100 M. Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

dira
jemaa



271 ، شارع رضى اكديرة
(النيل سابقا) - قرية الجماعة
الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 38 72 21

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables

planca le : 04 JUN 2022 : الدار البيضاء في

48,50 YAKINI ATIKA
- Cotipred 20 mg

53,10 Relaxol (NS) 17

14,40 Doliprane (NS) 3/4

60,00 Voltaren (NS) 3/4

12,80 Odes 20 mg 3/4

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
LOT: 212114
P.P.V.: 53DH10
PER: 10 2024
6 118000 060833

PHARMACIE EL ANASSER
Tel: 05 22 38 72 21
INPE: 09202036

LOT 2
EXP 12
PPV 52.8

PPV 14DH40
PER 06/23
LOT K1821

LOT: M0567
EXP: 10 2024
PPV: 60,00 TH

IB TLEMCANI
MEDECINE GENERALE
271, Bd. Reda Ouedra
(Ex MH) - Cité DJEMAA
Casablanca - Tél: 022 38 72 21