

## 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.

N° W21-716848

120242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANRANI Bouchaib.

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse : 137, Lot Haj Fateh N° 5 , oufza

Tél. : 06-66-19-86-26

Total des frais engagés : 676,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Asmae MEZIATI**  
Médecine Générale  
274, Lotissement Haj Fateh  
Lissasfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 29 63  
INPE : 091194779

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/12 Nom et prénom du malade : ANRANI Bouchaib Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2022.

## **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
16/09/2011 17/09/2011	6		200,000 Dh	INP : DR. ASMAE NABIL FATEH 274, Médecine Générale, Lotissement Hal Farès Lissasfa - Casablanca Tél : 05 22 93 29 63 PE : 091194779

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ST PHARMACIE MARIA CARRERINA Luz. Na. - Av. Rómulo Gallegos Manizales - Tel: 0322 93 19 22	16/06/92	354550

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

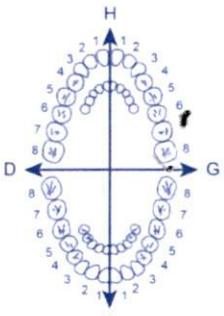
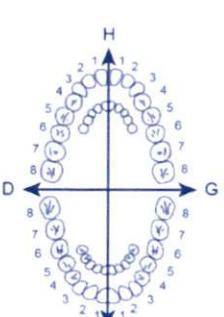
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
D	G																			
B																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D ————— G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Casablanca, le : 16/06/2022

Jr AMRANI Borbeh

① - Evolev 1g  
315,90 M \2311 arp



② - Dolanty 100 mg/ml  
10,60 M \211 r



③ - ILH 2 mg/1l

STE PHARMACE HAJIZA  
 Lotte, Hajj Fateh  
 Casablanca - Tél. 0522.93.70.20  
 Rue G.N° 3 Lot 44



99.00  
83,5 CT  
Lote X 2 - 04/09/2018  
STE PHARMACIE HAMZA  
C. C. S. T.  
Lot. Hamza - 40 Rue de la 9 Mai, 93  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 20

99.00  
83,5 CT  
Lote X 2 - 04/09/2018  
STE PHARMACIE HAMZA  
C. C. S. T.  
Lot. Hamza - 40 Rue de la 9 Mai, 93  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 20

Lot/à cons de préférer	X1018 0425	PER	7MA
Prix	99.00		3 700221 339503
Lot/à cons de préférer	X1018 0425	PER	EF.317MA
Prix	99.00		3 700221 339503
Lot/à consomm de préférer	X1011 0325	PER	DEC 217MA
Prix	89.50		3 700221 339503
Lot/à de pr	X1013 0325	PER	EF.317MA
Prix	89.50		3 700221 339503
Lot/à conso de préféranc	X1019 0126	PER	MA
Prix	99.00		3 700221 339503
Lot/à de pr	X1016 0425	PER	EF.317MA
Prix	99.00		3 700221 339503