

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-716848

120242

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R A T

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANRANI Bouchaib

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse : 137, lot Haj Fateh N°5, villa

Tél. : 06-66-19-86-24 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/22

Nom et prénom du malade : ANRANI Bouchaib Age :

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

Nature de la maladie : MDP

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 : 24/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/92	754,50

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

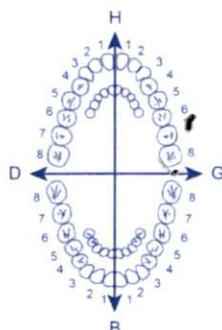
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

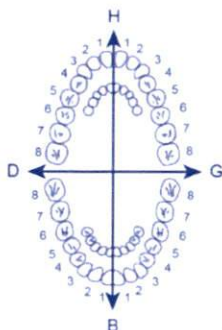
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span>G</span> </div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>B</span> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>									
			DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>							
			DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Asmae MEZIATI

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة أسماء المزياتي

الطب العام

التخطيط بالصدى

Casablanca, le : 16/08/2022

Dr AMRANI Bou Berk

① - Eloclav 1g  
215,90 10 x 23 li arp

② - Dolipry 1000 cp mpb  
10,60 1 cp simple x 2 li

③ - ILR 2  
53,00 1 cp li



STEPHARMACIE HANZA  
CASABLANCA  
Lot. Haj Fateh N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 05 22 93 10 20



274. مجموعة الحاج فاخ (قرب سوق الحاج فاخ) - ليسانسة  
274, Lotissement Haj Fateh (près du Marché Haj Fateh) - Lissasfa  
الهاتف : 05.22.93.29.63 - المحمول : 06.61.62.22.61 : GSM

99  
83,50  
11

**PHARMACIE HANZA**  
CASA BLANCA  
Lot: 114... 115 Rue 611-3 Lot: 04  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 20

**PHARMACIE HANZA**  
CASA BLANCA  
Lot: 114... 115 Rue 611-3 Lot: 04  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 20

Lot/À cons  
de préfére

**XI018 0425** 7MA

LOT PER

Prix **99.00**

3 700221 339503

Lot/À  
de pr

**XI018 0425** EF.317MA

LOT PER

Prix **99.00**

3 700221 339503

Lot/À consommer  
de préfére

**XI011 0325** DEC 217MA

LOT PER

Prix **89.50**

3 700221 339503

Lot/À  
de pr

**XI013 0325** EF.317MA

LOT PER

Prix **89.50**

3 700221 339503

Lot/À conso  
de préfére

**XI019 0126** 1A

LOT PER

Prix **99.**

3 700221 339503

Lot/À  
de pr

**XI016 0425** EF.317MA

LOT PER

Prix **99.00**

3 700221 339503