

## 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

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-601515

121694

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

293

Société :

RAN RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AZIZ

Allal

Date de naissance :

1932

Adresse :

N 56 Rue RAK ELLE HAG ARRABA CARA

Tél. :

13 57 71 14 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/06/2022

Nom et prénom du malade :

AT ALL BEN ABDELLAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 :

casab

Le : 25/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| <b>Adresses Mails utiles</b>       |                       |
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

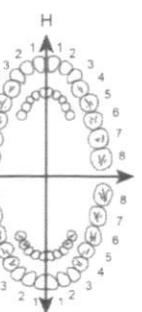
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE AHMED ALI</b><br><i>SARL AU<br/>Dr. Ali EL JOUADI<br/>Sidi Maârouf - Casablanca<br/>tel./fax : 05 22 97 32 16<br/>GSM : 06 61 60 54 68</i> | 25/06/2002 | 105 f. US             |

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

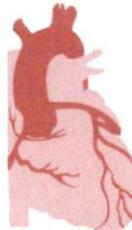
**VOLET ADHERENT**

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE   |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
|---|----------|--|------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         |          | 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"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br>              |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | <hr/> |  |  |
| H   | 25533412 | 21433552   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| D   | 00000000 | 00000000   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| B   | 35533411 | 11433553   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
| <hr/>   |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
|   |          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
|   |          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
|   |          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |
|   |          | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |       |  |  |

Cabinet de Consultations &  
d'Explorations Cardio-vasculaires

**Docteur CHAMI Mohammed**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste diplômé de la Faculté de  
Médecine de Bruxelles



عيادة تشخيص و استشاف  
أمراض القلب و الشرايين

دكتور محمد الشامي

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

محل مكافحة الطلب ببروكسل

Casablanca, le..... 05/06/00

1<sup>er</sup> Arg

(110,30x3)

D D1 prégan 80/11,5

(63,00x5) 1/1/5

2) Angin 5

(8f,3 BP)

3) Néph.let

4) 118,3 x 21

IX 0120 mg

PHARMACI  
DR. A. SARI  
Sidi Maârouf  
Tel./Fax: 05  
GSM: 066

PPV 114DH30  
PER 04/25  
LOT 04404

PPV 114DH30  
PER 04/25  
LOT L1501

PPV: 43DH00

PPV: 43DH00

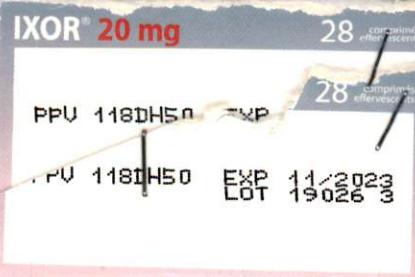
PPV: 43DH00

PPV: 43DH00

PPV: 43DH00

PER: 11/23

LOT: K3095



T = 105f,60



\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V140977/01

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

V140977/01

ECG

DR CHAMI

NOM:aziz mbarka ID : Sexe : Age : Date :25-6-2022

25.0mm/s 5.0mm/mv

60  
984

61  
971

63  
949

62  
962

61  
975

61  
983

60  
996

61  
975

DI

DII

DIII

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Filtre Principal:On Filtre ADS:On