

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, parodontologie 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

- ☐ 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° M21- 064804

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :
 Matricule : 10288 Société : RAM 124279
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KEDDAJI AZIZ
 Date de naissance : 13.3.1973
 Adresse :
 Tél. : 05 23 69 772 Total des frais engagés : 111.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2022

Nom et prénom du malade : Keddaji Abdelaziz

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : path. digestive

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
07/07/22	C	1	250	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: Pharmacie HANZA]</i>	07/07/22	861,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

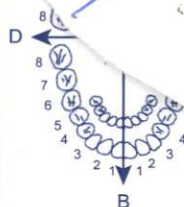
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

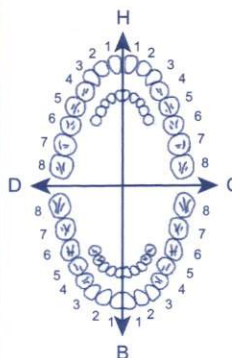
LOT : 6704
UT. AV : 02-27
P.P.V : 45 DH 90



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU MASTICATOIRE

H	25533412	2143355
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	1143355



(Création, remont, ad,
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

LOT 211475
EXP 06/2023
PPV 122.80DH

LOT 201340
EXP 07/2022
PPV 122.80DH

LOT 210222
EXP 09/2022
PPV 122.80DH

LOT 191848
EXP 09/2021
PPV 122.80DH

LOT 201063
EXP 05/2022
PPV 122.80DH

LOT 200703
EXP 02/2022
PPV 122.80DH

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SPÉCIALISTE

إختصاصية

Maladies de l'Appareil Digestif
foie-estomac-intestin-vesicule biliaire

hémorroïdes-fissure-fistule

Diplômée de la faculté de médecine de casablanca

Membre de la société nationale

française de gastro-entérologie

Echographie-gastrosopie-coloscopie

Proctologie médicale et chirurgicale

في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد-المعدة-المرارة-الأمعاء

البواسير-أمراض المخرج

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

عضوة بالجمعية الوطنية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالصدى الفحص بالمنظار

جراحة المخرج



Casablanca, le : 07/07/2022

M^R Ke dldayi A b delouaziz

1/ Mezor 40 mg
12/80 X 6
1 - 0 (3)

2/ Tiled 500
48,50
1 c p x 2/j

3/ trime plot soc
45,90
1 soclet x 2/j

4/ sedolgit
30,00
1 c p x 2/j

862,20



6 118000 280231

LOT: 22020 PER: 01/2027
PPV: 48,50 DH

Laboratoires Steripharma
sous licence des Laboratoires SERB
Z.I Lina N° 347 Sidi Maarouf - Casablanca
Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

LOT: 211104
EXP: 10/2023
PPV: 30,00 DH