

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | |
| Matricule : <i>1679</i> | Société : |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| Nom & Prénom : <i>AKKAZENE Nohamed</i> | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Date de naissance : <i>1. 01. 1954</i> | |
| Adresse : <i>Loyerement Zahra Rue n° 1 Ancteur casa</i> | |
| Tél. : <i>066 7164605</i> | Total des frais engagés : Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : |  |
| Date de consultation : <i>16 SEP. 2022</i> | |
| Nom et prénom du malade : <i>HAKIM ZOUGAHI Nancra</i> | Age: <i>63 ans.</i> |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : |
| 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 : *Casa* Le : *13.07.22*

Signature de l'adhérent(e) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>Praticien Qualifié pour l'Ampli</i> Dr. Mohamed Amine Doudou Dentiste - Annexe Signature : Dr. Mohamed Amine Doudou Date : 15/06/2022 | 15/06/22 | 178,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

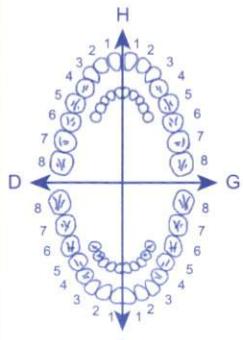
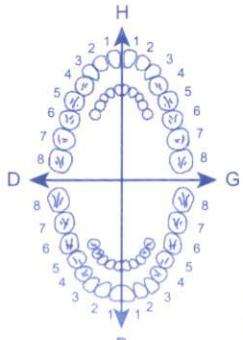
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | D G B H | | | |
|  | D G B H | | | |
|  | D G B H | | | |
|  | D G B H | | | |
|  | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | D G B H | | | |
| | | | | |



PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

15/06/2022

INP

CLIENT

Tare Zouggaf Nissem

092046754

DESIGNATION

QUANTITE

PRIX UNITAIRE

MONTANT

Ampoule 5/128

2

89,20 178,40

Pharmacie Oued El Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca
Tel: 05 22 52 70 17 Email: bennani.dr@gmail.com

Préparer 24 ampoules de :
Cent soixante quatre fois 18
et quarante cinq milligrammes

Pharmacie Oued EL Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca
Tel: 05 22 52 70 17 Email: bennani.dr@gmail.com

MONTANT TOTAL

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

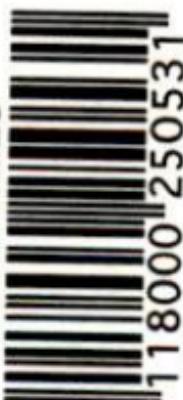
Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420

178,40

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

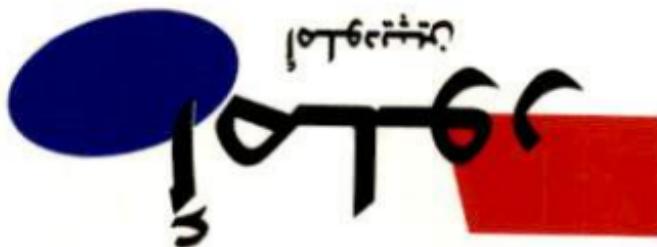
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

Lot 28

5 mg



UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

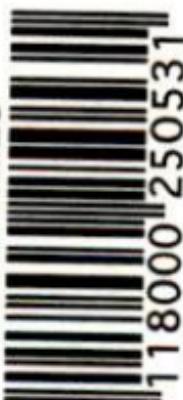
LOT N° : FT 4913

09366067/7

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Amlozi® 5 mg

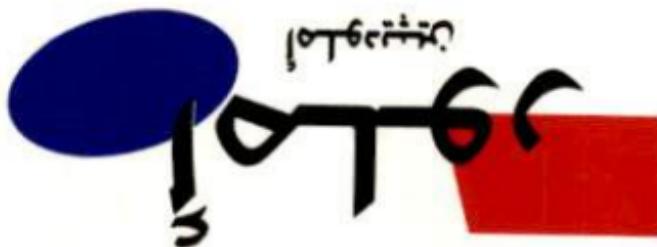
28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

Lot 28

5 mg



UT.AV : 01 2025

P.P.V.

89 20

LOT N° : FT 4913

09366067/7



valable 3 mois

Le 06/04/2002

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE

Certifie que Mlle, Mme, M. CHAIBI, 540, Rue Hassan II, Casablanca 10000

Présente H.D. 10gée

Nécessitant un traitement d'une durée de :
Damas recommandé.

Dont ci-joint ordonnance : Dr

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca