

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0014429

12 9642
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1008 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Lahcen BAGASS
Date de naissance : 01/01/1985
Adresse : El Hadrami CHERAN rue 1 imm 82 n°1
El Dulla Lalla Casablanca
Tél. : 06 66 89 66 46 Total des frais engagés : 839,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Randa FIGUIGUI
Médecine Générale
Echographie Générale
14, Av. El Wahda Ifriquia 1er Etage
Casablanca - Tél. : 0522 37 46 50

Date de consultation : 29/08/2022
Nom et prénom du malade : BAGASS LAHCEN Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Végét + Doh Atroch + HSA
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 : 12/09/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
29/08/22			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29/08/22 689,00

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

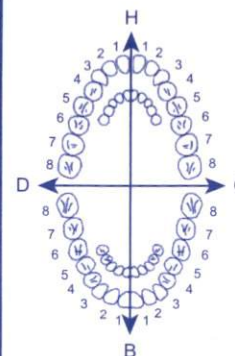
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

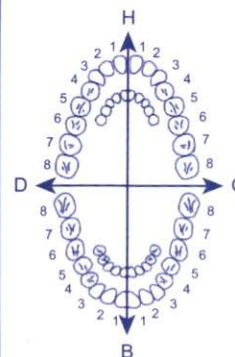
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Randa FIGUIGUI



الدكتورة رندة الفكيكي

Médecine Générale
Diplômée En Médecine De Travail
Diplômée Echographie Générale
ECG

الطب العام
دبلوم طب الشغل
دبلوم الفحص بالصدى
تخطيط القلب

Casablanca, le : 29/05/2022

M^r BAHAS LAHCON

2200x2

1. Cdd h

1h x

3 h 10j

3110

2. Di do 50

1h x

2 h 10j

8770x2

3 -

Vas Cor UN 35

1h x 2 h

افساج

18210x2

4 -

Suliat HCT 160/5

1h h

14 شارع الوحدة حي إفريقيا - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.37.46.30

14, Avenue El Wahda Ifriquia - 1er Etage - Casablanca - Tél.: 05 22 37 46 30

E-mail : figuiguiranda@yahoo.fr

S - Carbo plus L
Hoo 1x 31 Arden

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072256

SULIAT® HCT
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés
6 118000 072256

Dr Rando FIGUIGUI
Médecine Générale
Echographie Générale
14, Av. El Wanda Ifriquia 1^{er} Etage
Tél : 0522 37 16 50

PHARMACIE
AV. EL WANDA IFRIQUIA
Tél : 0522 37 16 50

À consommer de préférence avant fin / PPC: 75.00 DH
Best before :
Lot n° / Batch n°:

6 111250 430333

VASCOR LM 35mg
60 comprimés pelliculés

6 118000 081890

VASCOR LM 35mg
60 comprimés pelliculés
6 118000 081890

LOT
UT AV : 05-25
P.P.V. : 31 DH 10

Diclo Pheno 25 50mg
Boîte de 20 comprimés

6 118000 180913
Cédon
20 Comprimés

Cédon
20 Comprimés
6 118000 180913

689,70

87,70

220

220