

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.

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- 067327

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 8119 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADBI MOHAMED

Date de naissance : 03/03/1963

Adresse : 20 RUE OURIKA CIL

Tél. : 06619056 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Driss KHARMOUDY
NEUROCHIRURGIEN
Casablanca
Tél : 05 22 54 32 58 - GSM : 06 61 45 32 56

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2022

Nom et prénom du malade : HADBI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie Neurologique

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 : 13/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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
13-08-22	9		300,00	Dr. DRIES K. T. ARABIA NEURC. NEURCIEN Tél.: 05 22 54 32 58 / GSM: 06 61 45 32 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARAUCARIA 13, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L. Casablanca Tél.: 0522 54 32 58 Fax: 0522 39 61 00	13/08/22	265,90

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

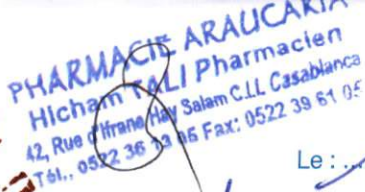
Important :

Veillez 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 <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le : 13-08-22

Dr. Priss KTHARMOUDY
NEUROCHIRURGIEN
Assistance
58-68M.0661

Miss KITA
NEUROCHIRUR
Casablanca
Tel: 05 22 54 32 58 - GSM: 06 61 45 32 58

4. HADISI
KETAHA

56, 10

AS

56,10
- No to pye 10,1 Jan

Net

36, 70

79 Gul x 2/

36, 70

Proximal 6 mg

७०८

99.00

1/4 1/4 1/4 1/3

- Name of boy

PPV 38DH70 EXP 02/2025
LOT 100113

38,70

1995

Calcibronat® 2 g

California 52

20 COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS

$$17.70 \times 2$$

AS

199/12. 216

17×2
 - Eralga Lac (02 Sh)
 2 yr x 2 1/2 - 12 ft
 PHARMOUDY

Dr. Priss KHARMOUDY

Clinique C.V.L. : Bd. Sidi Abderrahman N° 367, Hay Mohammadi (C.V.) - Casablanca
Tél : 05 20 05 82 59 - Fax : 05 22 39 67 67 - E-mail : hamidmoussalain@live.fr

EFFERALGAN® vitamine C

PPV 17DH70

EXP 09/2024
LOT 161013

20 comprimés effervescents

EFFERALGAN® vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 09/2024
LOT 161013

20 comprimés effervescents

56110



Fabric
Rue Avog

FMM79 0225

LOT

PER

PRODUCTIONS

0 Forbach - France

Prix

ER

CASABLANCA - MAROC

Résidence CAS

99.00

N° lot :

Péremption :

FMM79
2025-02

Poids net
71,3 g

EMB 75112 W

Ref: 990510

ETUIM988

N°du certificat d'enregistrement au ministère de la santé : تصريح من وزارة الصحة رقم

DA20200402055DMP/20UCA/MAv4

