

## 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.

### Oncologie 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.

### 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 |

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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-615432

336°



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <b>1074</b>	Société : <b>RAN</b>	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>DOUKH HAN RHADI JA</b>		
Date de naissance : <b>20/01/1978</b>		
Adresse : <b>104, Rue Mimouza Hay Erraha</b>		
Tél. : <b>06 75 53 8691</b>	Total des frais engagés : <b>900,75</b>	Dhs
Adresse réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <b>INPE : 091122440</b>		
Date de consultation : <b>14/9/22</b>		
Nom et prénom du malade : <b>Dr. SADIK Fouzia</b>		
Lien de parenté : <b>Médecin</b>		
Nature de la maladie : <b>104, Rue Mimouza Hay Erraha</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Antivalgés + paleur</b>		
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 : <b>Casablanca</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>DOUKH HAN RHADI JA</b>		
Le : <b>16/9/22</b>		



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature de Médecin attestant le Paiement des Actes
14/02/22	AG	01	200,00 Dhs	INPE : 0911-294/40 INPE : SANNE Fouzia Médecin Hay Errahma Casablanca

**INPE : DR. S. A. M. Fouzia  
Medicina  
Indura hay Errana  
Casablanca**

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou de l'apothicaire	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASAVERNA	16/9/22	222,75

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### VIOLET AMHERST

**RELEVE DES FRAIS EN COURS**

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur SADIK Fouzia**  
**Médecine Générale**  
**Echographie Générale**

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)  
 1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour  
 Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91



Casablanca, le : 14/9/22 الدار البيضاء ، في :

Dame DORRHAM Khadija

28,80 - S vitanévril forte 10/15

89,50 - D3 Norm nécessaire.

20,00 x 6 - 20 gtt/s Doligripp

79,50 x 2 - D sachet ALzen

60.00 - J gel 1 Ferplex

69,95 - J Flaco Narelle applicat

100,00 x 2 -

722,75

Fabriqué pour:  
MD PHARMA  
12, Rue ibnou Habbous  
Casablanca - MAROC

LOT : 2205  
EXP : 05/2025  
PPC : 69,95DH



100g

PPV:20DH00  
PER:03/25  
LOT:1984

PPV:20DH00  
PER:10/24  
LOT:K2885

PPV:20DH00  
PER:09/24  
LOT:K2389

PPV:20DH00  
PER:02/25  
LOT:L611

PPV:20DH00  
PER:10/24  
LOT:K2885

Jasmine / 21 cps  
Drospirenone/Ethinylestradiol  
P.P.V. : 100,00 DH  
Bayer S.A.



8001 090327

Nassem El Idrissi Casavie  
Centre Commercial BENNOUNA  
Dr. Othmane BENNOUNA  
PHARMACIE CASAVIE

من ملف على :  
ملغ 3  
ل 0,03 ملغ  
حرارة لا تتجاوز  
في العادة الأصلية  
المعروف : لكنوز  
ام بعدنا  
لقال  
يدا قبل الاستعمال

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 DH

210704  
09/2024

PPV:20DH00  
PER:10/24  
LOT:K2887

Radi

Maladie  
La décl

MEILLEURS VACANCES  
ASSISTANCE 24 H 7 J 1 AN  
MAGASIN D'ÉPARGNE