

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

M22- N° 000506

Shokro

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0232 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SAMOUH RAHAL
 Date de naissance : 01/01/1940
 Adresse : HAY ELHANA RUE 25 ms 5 CASABLANCA
 Tél. : 0620089927 Total des frais engagés : 431,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22 NOV 2022
 Nom et prénom du malade : SAMOUH RAHAL Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : affection musculaire et de gaine
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *polyarthrose*
 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 : 09/12/2022
 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
24 NOV 2022	C1		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/11/22	281,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

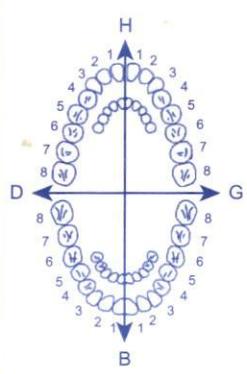
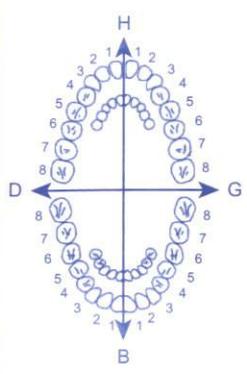
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

Dr. Lahoussaine BOUGRINE

Omnipraticien

Lauréat de la Faculté de Médecine de Rabat

Échographie clinique

Électrocardiogramme

Ex. directeur de l'hôpital Mohammed V de Hay Mohammadi

Ex. médecin chef de centre de santé Sidi Moumen

Ancien médecin des urgences de l'hôpital Mohammed V de Hay Mohammadi

Ancien Médecin des urgences des

polycliniques de la C.N.S.S de Casablanca



الدكتور الحسين بوكيرين

الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط

الفحص بالصدر

التخطيط الكهربائي للقلب

مدير سابقا لمستشفى محمد الخامس الطبي المحمدي

طبيب رئيسي سابقا للمركز الصحي سيدي مومن

طبيب سابقا بقسم المستعجلات بمستشفى محمد

الخامس الطبي المحمدي

طبيب سابقا بقسم المستعجلات بمصحات الضمان

الاجتماعي بالدار البيضاء.

Casablanca le

22 NOV 2022

الدار البيضاء في

Dr SAMOUC
BOUCRINE

4213

Amiz 20



rep le matin



Hydroflex

8217 rep x 3/1



Voxicib duo

63,33 1 feil' ap le ep de 7, de x no'



Bellony

281,33 2 feil x 2/1

Rue 11 N°2 Groupe 8 Sidi Moumen Jdid - Casablanca
Hay Douma par Bvd Nahda derrière Tijari Wafa Bank

Tél: 05 22 70 15 11

زقة 11 رقم 2 مجموعة 8 سيدي مومن الجديد - الدار البيضاء
حي المومة عبر شارع النهضة وراء تجاري وafa بنك

الهاتف: 05 22 70 15 11

PHARMACIE MOSQUEE ARRABHANE
DR. EL OUARTI MOHAMMED THAMM
K.M. 3 ROUTE MOUMEN JDDI CASABLANCA

Lahoussaine BOUGRINE
MEDECIN GENERALISTE
Rue 11 N° 2 Groupe 8
Sidi Moumen Jdid Casablanca
Tél : 05 22 70 15 11

42,00 —

GTIN: 06118001260850
LOT: 3972
MFG: 03 2022
EXP: 03 2025
PPV: 940hs00



LOT : 20095
PRR : 02/24
PHV : 82,00 DH

LOT: 220409
DLU0: 05/2025
63,30 DH

42,00

42,00

42,00