

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Alial 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

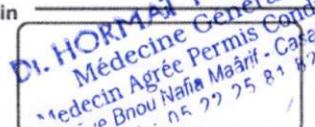


Déclaration de Maladie

N° W21-626849

144205

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 5145 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BEN ABDALLAH JAMAL |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06 91 51 07 73 Total des frais engagés : 1103,30 Dhs | | | |

| | |
|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin |
| Cachet du médecin : | |
|  Dr. HORMAT Noureddine Médecine Générale Médecin Agrée Permis Conduré Bnou Naâfa Maârif Casablanca 05 22 25 81 82 09 JAN. 2023 | |
| Date de consultation : 25/11/22 | |
| Nom et prénom du malade : Ben Abdellah Jamal | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Ben Abdellah Jamal

09 JAN. 2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>PHARMACIE LA COMBE</i> Imoulaiss Maâin - Casablanca T: 22 35 71 07 - RC: 255745 E: 092037217 | <i>21/11/22</i> | <i>90.330</i> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

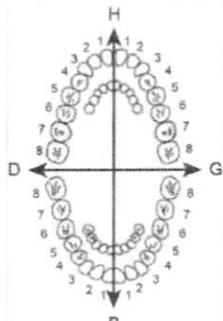
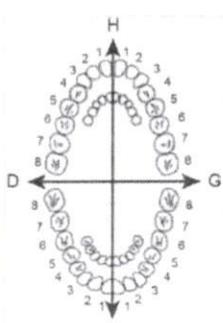
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODDF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|---|---|-------------|--|
|  | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | <input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> <input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> |

Docteur HORMAT Noureddine
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
Médecin Agrée pour Permis de Conduire

51, Rue Ibnou Nafiss
Angle (ex. Jura et Fauciilles)
Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 81 82

الدكتور حرمات نور الدين
الطب العام
الفحص بالصدى
طبيب مقبول لرخصة السياقة

زنقة ابن النفيس
المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 81 82

Casablanca, le 25/11/22 الدار البيضاء، في

Bousaddel Jellal
~~Trembleur 3 mois~~
~~جفون تذبذب 10 جل~~
~~دواء Cardo 150 mg 7 جل~~
~~دواء ميل 500 mg 2 جل~~
~~دواء ميل 500 mg 2 جل~~
~~دواء ميل 500 mg 2 جل~~
25,60 - 49,40 - 49,40

168 x 3 ميل 150 mg
1 PHARMACIE LAZ LOMBE
25, les Ibnou Nafis Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 81 82 - R.C. 255745
DI. HORMAT Noureddine
Médecine Générale
Médecin Agrée Permis Conduire
51, Rue Ibnou Nafis Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 25 81 82

90330

UT. AV.: 0 2 25 P.P.V

79 00

LOT N°: FW 7285

UT. AV.: 0 2 25 P.P.V

79 00

LOT N°: FW 7285

UT. AV.: 0 2 25 P.P.V

79 00

LOT N°: FW 7285

كارديوأسبرين 100 مغ

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD 11 2019

BT12SR1
11 2024

EXP



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

كارديوأسبرين 100 مغ

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD

BT12SR2
10 2019
10 2024

EXP



6 118001 090280

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

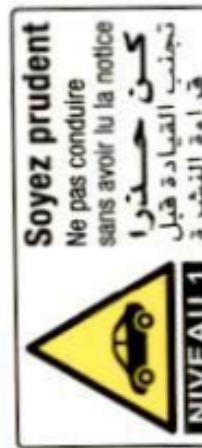


②

Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملجن



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب انتقيد بجرعات الدواء الموصوفة



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002

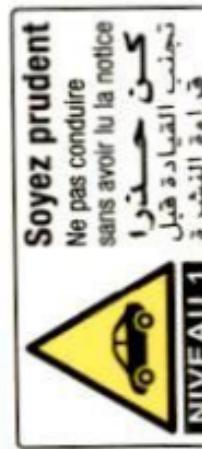
ميكارديس® 40 ملجن
Micardis® 40 mg
28 comprimés

فُرص 28

Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملجن



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب انتقيد بجرعات الدواء الموصوفة



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002

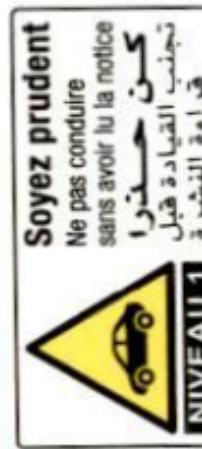
ميكارديس® 40 ملجن
Micardis® 40 mg
28 comprimés

فُرص 28

Micardis® 40 mg
ميكارديس® 40 ملجن



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب انتقيد بجرعات الدواء الموصوفة



6 118001 040230

MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV : 168 DH 80

P032001-002

ميكارديس® 40 ملجن
Micardis® 40 mg
28 comprimés

فُرص 28