

## 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 Alai Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-714978

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6874 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OURNZAL AHMED

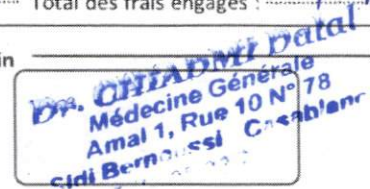
Date de naissance : 06/09/65

Adresse : 38 rue SIHAM RUE 5 APPT 7 CALIFORNIE CASA

Tél. : 06 7371 2738 Total des frais engagés : 776,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 JAN 2023

Nom et prénom du malade : AHMED OURNZAL

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Taux constante hémoglobine

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 : 09/01/23

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  |
| 09 JAN 2023                    |                   |                       | #15,70                          | INP : 91040019<br>Dr. CHIAADMI<br>Médecine Générale<br>Amal 1, Rue 10 N° 78<br>Sidi Bernoussi Casablanca<br>05 22 74 87 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacie ou du Fabricant   | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE SOULAIMA<br>YOUSRA LAHBABI LAHLOU<br>Rés «Les Jardins de Californie 2»<br>Bd. de Fes 10m, Casablanca<br>Cas: 05 22 21 98-94 | 09/01/23 | 62650                 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 :<br>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                                       | INP : <input type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT 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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|   | H  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 25533412   | 21433552         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | D  | G                |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 35533411   | 11433553         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | B  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |  |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

Docteur CHIADMI Dalal  
Médecine Générale



الدكتورة الشياظمي دلال  
الطب العام

Casablanca, le : 0.9 JAN 2023 في: الدار البيضاء،

AST Ali Khadige

201,00

Daflo 1000g

14 x 2g

49,00

20

Emoflon water

14 x 2g

75,00

30

Hémoréine 8g/100

14 x 2g

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA EL ABABLI LAHLOU  
de Californie 2  
1 Californie  
21.98.94

201,00

emoflon

PPV 49,00 DH

75

MA 22 REV 01

HÉMOREÏNE®  
ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg  
10 suppositoires

PPC : 75.00 DH

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 75 87 56  
Amal 1, Rue 10 N° 78, Sidi Bernoussi - Casablanca -

89.50  
40

Aprexol spray 40g

SV

297.00

P-

2 polux 31

Symbicort 200

215.00

6-

2 bouffes x y

Neto 200

1 gely

x 1mg

926.50

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

**PHARMACIE SOULAIMA**  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm. 1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94

SYNTHEMEDIC  
22 rue scoubert brou al anoum roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

200µg Pde push  
Flacon de 120 doses  
10474 DMP 21NRO PPV: 297.00 DH  
6 118001 020706

SMLG  
AVR-22  
MAR-24

LOT 220448  
EXP 01/2024  
PPV 215.00DH