

**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- 0023222

149786

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BOUGRINE LAIDI
 Date de naissance : 17/02/1967
 Adresse : LOT EL WAFAH VO33 DEROUA
 Tél. : 0662746069 Total des frais engagés : 690,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.FEV.2023
 Nom et prénom du malade : BOUGRINE HIND Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gonarthrose + trouble cyclo
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 :
 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 FEV 2023	C	-	150,00	<i>Dr. Sanda AMARZI</i> Médecin Généraliste Imm 189 N° 1 - Jauru Deroua 11100 ALGERIA - Tél: 05 22 51 46 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>صيدلية نور الإيمان</i> PHARMACIEN NOUR EL IMANE Dr. ELBADAONI Imane Makreb 3 N° 44 Deroua Tél: 05 20 35 07 57	13/02/2023	540,20

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
		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 :

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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B					Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																					
	25533412	00000000	21433552	00000000																				
	00000000	00000000	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. Sanaa MHARZI



الدكتورة سناء امحرزي

Médecine Générale
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplôme Universitaire en Diabétologie
Diplôme Universitaire de Nutrition
et Thérapeutiques Métaboliques
Suivi de Grossesse
ECHOGRAPHIE

الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم جامعي في أمراض السكري
دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض
متابعة الحمل
الفحص بالصدى

Date : 3 FEB 2023

M^e BOUGRINE HIND

46,00 x 3 = 138,00

1^{er} CLORMBTIN AS

1 g 5 p le matin
heure

49,60 x 2 = 99,20

2^e D-cure forte AS

1 Amp 1 15 jours p 202 mg

283,00

3^e ehmdosulf

1 g 5 p 202 mg

صيدلية نور الإيماني
PHARMACIEN نور الإيماني
DR. EL BADAOUIL
Immeuble 2 N°44 Deroua
Tél: 05 20 35 09

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Générale
Immeuble 2 N°44 Jnane Deroua Saada
Tél: 05 22 51 46 49

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49

20,00

4/ Febrex adulte,

1 sachet

x2/5

AS

T = 540,20

Dr. Sanaa Mharzi
 Médecin Généraliste
 Immeuble N°2 Inaam Deroua Saada
 DEROUA - Tél : 05 22 51 46 49

Pharmacie
 CHAHMENE NOUR ELIMANE
 ELBADAQA, Immane
 Manzeh 2, N°44 Deroua
 Tél: 05 20 35 07 57

PHARMED
 LOT : 1231
 UT.AV: 01-26
 PPV: 20DH00

10
 PPV: 49,60 DH
 LOT: 22127
 EXP: 09/2025

14
 PPV: 49,60 DH
 LOT: 22127
 EXP: 09/2025

AMM N° 556/17 DMF/21/NRO
 ZENITH Pharma
 6 11800 1127 1214
 PPV : 283,00 DH

PPV: 46DH00
 N° de LOT: LF259936
 Date d'EXP: 02/2025

PPV: 46DH00
 N° de LOT: LF259936
 Date d'EXP: 02/2025

PPV: 46DH00
 N° de LOT: LF259936
 Date d'EXP: 02/2025