

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050673

153096

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGRIN LAÏN

Date de naissance : 17/02/1967

Adresse : LOT ELWAFAH n°33 DENBA

Tél. : 0662746069 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 FEV 2023

Nom et prénom du malade : BOUGRIN LAÏN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Néphropathie chronique

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-050673

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 10575

Nom de l'adhérent(e) : BOUGRIN LAÏN

Total des frais engagés : 279,90

Date de dépôt :

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

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
20 FEB 2023	Autiste	-	-	Dr. Sanda M. ARZI Médecin Généraliste N° 89 N° 2 J. Imme D. Deroua DEROUA - TEL : 05 22 51 46 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL IMANE Dr. EL BOUADJEL IMANE N° 89 N° 2 J. Imme D. Deroua TEL : 05 20 35 07 57	20/02/23	278,90

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	

VOLET ADHERENT

870030

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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



الدكتورة سناء محرزى

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

Date : 20 FEB 2023

M^{me} BOUGRINE HIND

44,20

1^{re} Primolut - na



1 fl

الصيدلية
PHARMACIE POUR EL HAJAR
N° 14 Deroua
Tél: 05 20 35 00 57

36,70

2^e Dicynone 250



x 3 fl

60,00 x 3 = 180,00

3^e Feplex



1 fl x 100 mg

18,00

4^e Eumoxal bip . 1 los x 2 fl



T = 278,90

دكتورة سناء محرزى
الطب العام
Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.
Tél. : 05 22 51 46 49

FERPLEX[®] 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

 6 118001 440016

Eumoxol
 Ambroxol
 Flacon de 125 ml
 0,3%
 18,00

36,70

FERPLEX[®] 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

 6 118001 440016

44,20

FERPLEX[®] 40 mg ○
 Fer protéinsuccinylate
 Boîte de 10 Flacons buvables
 PPV 60,00 Dhs

 6 118001 440016