

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- 0020722

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 830 Société : 155291

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NARZOUKI JEMAA

Date de naissance : 01/11/1972

Adresse : Hay Abbassi Brika Rue Nekro N°166 Temo

Tél. : 06 04 36 82 70 Total des frais engagés : 314,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 Jan 2023

Nom et prénom du malade : NARZOUKI JEMAA Age :

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

Nature de la maladie : Diabète de type 2

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 : Temo

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

23 Janv 2023

1

Dr. Braham KHALIL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ABI HOURAIRA

الدكتور عبد الحفيظ زجليل

شارع القاهرة - 15

الهاتف : 5 37 64 14 58

INPE : 102 062 601

23/11/23

194,60

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 :

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

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

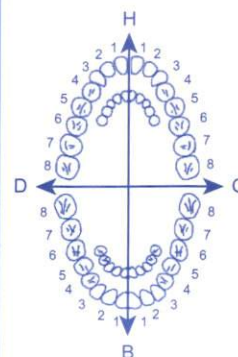
00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Brahim REJDALI

Médecine Générale



Diplôme Universitaire d'Echographie Générale
de l'Université de Montpellier - France

Diplôme Universitaire en Gynécologie Médicale
(Stérilité - Fertilité - Colposcopie)

Diplôme Universitaire en Diabète, Nutrition
et Sciences des Aliments

الدكتور رجدي ابراهيم

الطب العام

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي

من جامعة مونتبليي - بفرنسا

دبلوم جامعي في الطب النسائي

(الخصوبة - العقم - تنظير عنق الرحم)

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في الحمية وعلوم التغذية

23 Janv 2023

Témara, le :

Nom et Prénom :

MARZOUKI

ISMAEL

67,00 ultralens 20

sach x 30 - 6

20mm x 30

Stimul P/B

14,40

53,80

134,60

N.B : Contrôle, le soir, en moins de 15 jours

زاوية شارع القاهرة وشارع أحمد الحنصالي، حي واد الذهب - تمارا

172, Angle Av. El Kahira et Ahmed El Hanssali, Hay Ouad eddhab - Témara

Tél. : 05 37 61 39 79 - E-mail : brahimrei@yahoo.fr

LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

STIMOL®

سيتامول
مالات الستروئيد

LOT: 0379
PER: 12 2024
PPV: 46.00DH

20 ampoules buvables
de 10 ml
9 118000 370017

بعضات التعب
20 أمبولة
بدون سكر

PPV 14DH40
PER 09/23
LOT K2554

PPV 14DH40
PER 09/23
LOT K2554

6684
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH
02/22
02/25

EXP: 02/25
صلاح فائقة

Lot: 059
محمود: 059

ULTRA-LEVURE 250 mg,
20 sachets

6 118001 310135

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040323

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL

10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040323