

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 canaux, 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 canaux.

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 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

N° P19- 0049229 158 877

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03471 Société : R A R MUPRAS RECEPTION 9

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGHRIB ABDELKADER

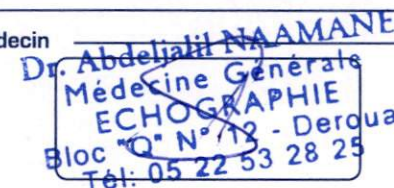
Date de naissance : 1936

Adresse : Village Derma Nouveau Bloc Q10

Tél. : 063347750 Total des frais engagés : 12000 312 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 AVR. 2023

Nom et prénom du malade : RANNE ELAGHRIB ELHACHIA Age: 69

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Le : 18 / 04 / 23

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

| 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 |
| 17 Avr. 2023 | g | 1 | 1000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|----------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la facture |
|----------------------|------|-----------------------|

| ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|---|----------|-----------------------|
| EL HAIK Fouad Pharmacien Centre Commercial Dero Tél.: 05 22 53 21 77 | 17/04/23 | 312,20 |

INPE 062021134

Tax. 03 22 53 25 10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du | Date | Désignation des | Montant |
|------------------------|------|-----------------|---------|
|------------------------|------|-----------------|---------|

| AUXILIAIRES MEDICAUX | |
|----------------------|--|
|----------------------|--|

[illegible]

| du Praticien | Soins | A M | P C | I M | I V | des Honoraires |
|--------------|-------|-----|-----|-----|-----|----------------|
|--------------|-------|-----|-----|-----|-----|----------------|

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| COÛTS DENTAIRES | Dents | Nature des | Quantité | |
|-----------------|-------|------------|----------|--|
|-----------------|-------|------------|----------|--|

| SOINS DENTAIRES | Traitées | Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------|-------|-------------|--|
|-----------------|----------|-------|-------------|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-------------|--|
| | | | | | Coefficient | |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------|--|
| | | | | Coefficient des travaux | |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-------------|--|
| H | | | | | DES TRAVAUX | |
|---|--|--|--|--|-------------|--|

[illegible]

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |



| | | | | | |
|--|--|--|--|----------|--|
| | | | | MONTANTS | |
| | | | | | |

| | H | COEFFICIENT |
|--|---|-------------|
|--|---|-------------|

| | | | |
|----------|----------|-------------|--|
| 25533412 | 21433552 | DES TRAVAUX | |
|----------|----------|-------------|--|

| | | | |
|---|----------|----------|---|
| | 00000000 | 00000000 | |
| D | | | G |

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 00000000 | 00000000 |
| ↑ | 25522444 | 11122552 |

| MONTANTS | |
|----------|----------|
| 35533411 | 11433553 |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Abdeljalil Naamane

Docteur en Médecine

Echographie

Bloc Q N° 12 - Deroua

Tél.: 05 22 53 28 25

Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب

الفحص بالصدى

بلوك ك رقم 12 - الدروة

الهاتف : 05 22 53 28 25

زيارة في المنزل

ORDONNANCE

17 AVR. 2023

Deroua, le : الدروة في :

N° 1 RANNA ELMAKHIA Bp. LAGHIB

40.00
→ Effipred 20 mg
37.90
BC - dar 1 mg
76.20
Velho 2 mg
53.10
Rebo 20 mg
55.00
Moune 10 mg
312.20

EFFIPRED® 20 mg

PPV 401H00
EXP 11/2025
LOT 2N015 2

23033
04/25
87DH90

6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

LOT : 22E011
PER : 11/2025

P.P.V : 53DH10

6 118000 060833

Manef

FMM86 0925

LOT PER

Prix 55.00

+ Vitamines B6, B2