

## 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

M22- N° 004368

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUBSI Nohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66262795 Total des frais engagés : 947,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/24

Nom et prénom du malade : EL ANASSI Fata Age :

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

Nature de la maladie : Tumeur / Tumeur / autres

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 : Casablanca Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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
06/01/24	CS		300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/1/24	607,30

# 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	
	9/1/24			2		401,00 DH

# 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 <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



درة منى منقور  
بنة في الطب الباطني

Endocrinologie - Diabétologie  
Rhumatologie - Maladies systémiques

Gériatrie

Chek-up médical

- Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- Membre de la Société Française de Médecine Interne

الغدد - داء السكري  
ماينيزم - الأمراض الجموعية  
مراض الشيخوخة  
صد صحي شامل  
لمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)  
مستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)  
المغربية للطب الباطني  
الفرنسية للطب الباطني

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2112

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca, Le :

06/01/24

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2736

Mme EL GNAOUI Fatima

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2733

Trisagumme 810 p



18,100 x 10<sup>6</sup>

1 p x 2 l

post 3 ms

Levosyrax 25 p



post 3 ms

6,700 x 10<sup>3</sup>

Fleximab p



149,00 x 10<sup>9</sup>

vitamine C 500 p



28,700 x 10<sup>3</sup>

D-vit 25.000 Ap



post 3 ms

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2738

LOT: 2309029  
FAB: 09/2023  
EXP: 09/2026  
PVC: 149.000H



Quibus trip

30<sup>00</sup> à ca 10 3/5

4.5

4.5

Tatipone

15<sup>30</sup> - - -

4.5

Rhino febual

14<sup>30</sup> - - -

4.5

Ticlo

15<sup>00</sup>

etm/5

en Idr

607,30

Dr. Mohamed M. N. K. R.  
Specialiste en médecine interne  
Tel: 05 2227 9524 / 09 08 47 8205  
INPE : 09 11 66 579

PPV: 15DH30  
PER: 07/26  
LOT: M2400-2

LOT : 230403  
EXP : 03/2026  
PPV : 14,30DH  
UTAN : LOT N° : (HD) Add

LOT : 5100  
PER : 06-25  
P.P.V : 15DH00

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

PPV  
LOT  
PER 28,80

PPV 28,80  
LOT  
PER

PPV 28,80  
LOT  
PER

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23H21D  
EXP: 08/2025

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23H21D  
EXP: 08/2025

PPV: 56,30 DH  
LOT: 23H09D  
EXP: 08/2025

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2736

PPV: 18DH00  
PER: 08/26  
LOT: M2736