

## 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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° W21-809685

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0711 Société : 191321

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ARZIZ AHMED

Date de naissance : 15-9-82

Adresse : RUE S-EFFAOU-NOSTA TANGER

Tél. : 05 39 90 74 18 Total des frais engagés : 51930 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Casier du Médecin : DR. FADEL HICHAM Neurologue L'Hôpital Al Kortobi INPE 160004537

Date de consultation : 10 JAN 2021

Nom et prénom du malade : ARZIZ AHMED

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

Nature de la maladie : 201 de puf

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-809685

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 : 0711

Nom de l'adhérent(e) : CHAKKAR

Total des frais engagés : 51930

Date de dépôt : 10-1-21

# 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
19.12.23			513,00	INF: 15113280

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lamtafi 6, Rue Abdou Ben Ali Lamtafi Tél: 05 39 93 43 18 Tange INPE: 162039564	19.12.23	513,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS

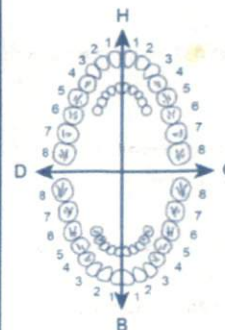
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins

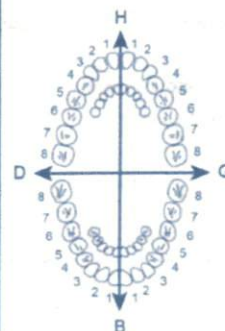


# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552	G
D	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433552	
B			

(Création, remont, ar  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécess



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SULPIDAL® 50 mg  
20 gélules



PPV  
LOT  
PER

28,20

SULPIDAL® 50 mg  
20 gélules



PPV  
LOT  
PER

28,20

SULPIDAL® 50 mg  
20 gélules



PPV  
LOT  
PER

28,20

SULPIDAL® 50 mg  
20 gélules



PPV  
LOT  
PER

28,20

Humorex® 10 mg

Oxalate d'encalopram  
30 Comprimés pelliculés sécables



Humorex® 10 mg

Oxalate d'encalopram  
30 Comprimés pelliculés sécables



Humorex® 10 mg

Oxalate d'encalopram  
30 Comprimés pelliculés sécables



praz® 0,5 mg

comprimés sécables



LOT 231384 1/  
DATE EXP 04.2026  
L'EXE PPV 35.70

TANGER



BULLETIN DE CONSULTATION

N° 0042092

N° d'ordre: .....

Date: 19/12/27 Heure de consultation : / /

N° Quittance: .....

P: / Ind: / Mut: /  
P.S: / Exon: / Ayant droit: /

Médecin de garde : .....

Nom et Prénom du malade : Cherif Lali

Age: / Sexe: /

Diagnostic : .....

Provenance: Ville: Localité:  
U / R /

Adressé par .....

Public: / Privé: / Autres: /

Traitement Ambulatoire : .....

131.00x3  
Huonox 1

28.20x4  
Sulfidol 1

3.70  
1 g

مستشفى بدون تدخين  
HÔPITAL SANS TABAC

Pharmacie Al Aitani  
6, Rue Abdelhak Hamza 1er  
Tél.: 05 39 93 41 88  
INPE: 16 03 9554

DR. FADEL HICHAM  
Neurologue  
L'Hôpital Al Korabi  
TANGER  
INPE: 16 00 4537