

## 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

N° W21-809685

Pr. Yousra

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>5911</b>	Société : <b>591325</b>	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>ABZIZ, AYMED</b>		
Date de naissance : <b>15-9-82</b>		
Adresse : <b>RUE S-EFFAOU - MOUA FANGER</b>		
Tél. : <b>06 39 90 74 8</b>	Total des frais engagés :	<b>51930 Dhs</b>

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Cachet du Médecin :	Signature :
<b>DR. RADEL Hicham</b> <b>L'Hôpital Al Kortobi</b> <b>INPE 16/01/4531</b>		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>maladie</b>		
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 ADHÉRENT

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 : **5911**  
 Nom de l'adhérent(e) : **CHAKRAF**  
 Total des frais engagés : **51930 D**  
 Date de dépôt : **10-10-2019**

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
29.12.24			9	INF : 1511520000 FADEL HABIB Capital AIKONE Anger 160004537

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>Pharmacie Lamtafi 6, Rue Abdennif Lamtafi Tél.: 05 39 93 43 18 lange INPE: 162039564</del>	19.12.23	513,00

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

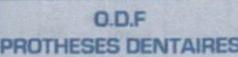
#### VOLET ADHERENT

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

#### **RELEVE DES FRAIS E**

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

**Important :** Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèse PPV



## DETERMINATION DU CO MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433551

[Création, remont, a  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécess

A photograph of the Sulpidal 50 mg 20 gélules product packaging. It features a brown wooden stick graphic above the brand name 'SULPIDAL' in a serif font, with '50 mg' in a smaller font to its right. Below the brand name is the text '20 gélules'. A barcode is visible at the bottom.

A photograph of a Lumorex 10 mg tablet box. The box is white with blue and red text. It says "lumorex® 10 mg", "alate d'escitalopram", and "Comprimés pelliculés sécables". There is also a barcode.

The image shows a white rectangular tablet box for Lumorex 10 mg. The box features the brand name "lumorex®" in a stylized font, followed by "10 mg" in a larger, bold font. Below the brand name, it says "alate d'escitalopram" and "Comprimés pelliculés sécables". A barcode is visible at the bottom.

A photograph of the Sulpidal 50 mg 20 gélules product packaging. The box is white with blue and red text. It features the brand name 'SULPIDAL' in large letters, followed by '50 mg' and '20 gélules'. A barcode is visible at the bottom.

**SULPIDAL®<sub>50</sub>**  
20 gélules

A standard one-dimensional barcode representing the product information.

**SULPIDAL®** 50 mg  
20 gélules

11384 1  
04-2026  
35.70

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISAGE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION.

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
HÔPITAL .....



## TANGER

0042092

## BULLETIN DE CONSULTATION

Nº

N° d'ordre:.....

Date: 19/12/17 Heure de consultation :   /  /

N° Quittance:.....

P:  $\sqcup$  Ind:  $\sqcup$  Mut:  $\sqcup$

P.S:  Exon:  Ayant droit:

Médecin de garde : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du malade : Chastan Laf

Age:    Sexe:

Diagnostic :.....

Provenance: Ville: Localité :

**U** LE/ **R** LE/

Adressé par .....

Public :  Privé :  Autres :

#### Traitement Ambulatoire :

131,00x3  
Huawei ls  
28,20x4  
Salford 1f.  
1-  
A epson  
—  
513,30  
INPE