

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° P19- 0044004

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7730 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve 135687
Nom & Prénom : FARID / Essadia
Date de naissance :
Adresse : LOT les Bases 1 Tron 4 Apt 4
CIL CASA
Tél. : 0522364996 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 18/10/2022
Nom et prénom du malade : Farid Essadia
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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° P19-044004

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 : 7730
Nom de l'adhérent(e) : 1378 DHS
Total des frais engagés : FARID Essadia
Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

30010
15010
45010

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LONGCHAMP
Rajab TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casse
Tel : 05 22 36 47 51

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

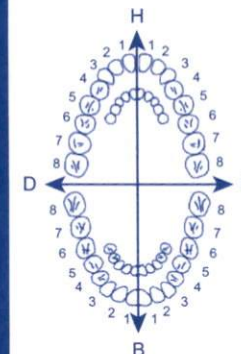
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

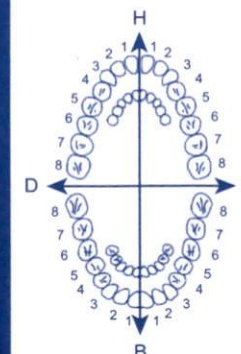
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

الدكتور محمد البراقصي
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. العربي
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

LOT: GA10478
PER: 09/2023
PPV: 110 DH 00

EXP 04 24
PPV 117.10 DH

Madame FARID Essaadia

18/10/2022

LOT 104799/FC34
04/2025 PPC 59.50

OLIPEN 500 : 2 sachets matin et soir x 6 jours

SERETIDE diskus 250 : 1 bouffée matin et soir x 2 mois

APLEVAX 5 mg : 1 comp le soir x 10 jours

METANAZ: 2 pulvérisations par narine soir x 15 jours

ENROUEX : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248.00 DH
ID: 649095
118001141104

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248.00 DH
ID: 649095
118001141104

LOT 220706
EXP 03 24
PPV 117.10 DH

LONGCHAMP
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Cas
Tél : 05 22 36 47 51

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° 06 66 79 59 81
De 08 heures à 19 heures

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le

18/12/2022

Le Docteur

prie M.

Dr. Arabi NACIRI

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui

présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

Consultation spécialisée: 300,00

Verdy. auto-grippe: 150,00

s'élevant à la somme de

450,00

Dhs

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47