

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

- 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° W19-504451

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **4151** Société : **RAM** **47667**

Matricule : **4151** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **BOUKDOUR Brahim**

Date de naissance : **01/01/1949**

Adresse : **CASA**

Tél. : **06 63 47 18 51** Total des frais engagés : **945,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DARTOUR Abdelkader EL MADI**
MEDICINE GENERALE
Diplômé en Echographie Generale
153, Rue 25, B. Panorahique
Bine Lamdoune - Casablanca
Tel: 05 22 21 11 12 - Auto : 05 22 21 11 12

Date de consultation : **16/11/2020**

Nom et prénom du malade : **BOUKDOUR Brahim** Age : **71**

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

Nature de la maladie : **af de l'urinaire**

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 : **CASA** Le : **16 / 11 / 2020**

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
16 NOV 2020			13000	INP : L.C.E: 001778217000037
Docteur Abdelkader EL K... MEDECINE GENERALE Diplômé en Echographie Générale 53, Rue 25, 8d. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca Montant de la Facture				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie S... Mme LAHICHI S. M... 256, Boulevard de l'Oase Casablanca 20522	16/11/2020	13000

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	

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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remonte, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر أماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

16-11-2020

79.80 DESZALCO LRD30

1 rem civil der

86.50 COT. MATERN SPMT

Pharmacie des Evénès
Mme LAHRICH SAMIA
256, Boulevard de l'Asie
Tél: 05 22 21 11 12 - Casablanca

5 Phos 10 pur
m ch 10 bnd

91.40 SCIA 10 mg 131941

1 par civil

ur 103 m

36.0 EUMONOL

1 ch 10 21 10

125.30 UAX 100 mg 1000

153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune - Casablanca بين المدن 153 الرقم 25 الزنقة 25 بانوراميك

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

190 ✓

1200

Lb, ho - + brief letter
1 page

Abdelkader EL MADI
GENERAL

8/5/22

Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Diplômé en Echographie Generale
153, Rue 25, Bd. Paroissanique
Bine Lamdoune - Casablanca
Tél: 0522.21.11.12 - Aut. - Agr. N°: 4994

Pharmacie des Cygnes
Mme. LAHRICHI SAMIA
256, Boulevard de l'Asie
Tél. 05 22 38 85 17 - Casablanca

N° Lot :

Per :

PPV (DH) :

049719 05/22
79,80

Lot n°:

0741N 9

Pér.:

04-2022

PPV : 86DH50

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00010
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00

roc

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00010
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00

oc

30 Comprimés pelliculés

LOT: KE00009
PER: DEC 2021
PPV: 91 DH 00

oc

Eumoxol

LOT : 1071
UT. AV : 05-23
P.P.V : 34 DH 00

28 gélules

Microgranules
gastro-
résistants

Par voie orale

LOT: M0375
PER: 06/2022
PPV: 190,00 DH



Soyez prudent
ne pas conduire
sans avoir lu la
notice

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain Jebba Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH

5 118001 082247