

**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



Declaration de Maladie

N° W21-830241

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9719 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : NOURIA RIZKI

Date de naissance : 19/06/67

Adresse : 692,00 Dhs

Tél : 0670 26 27 60 Total des frais engagés : 692,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : NOURIA RIZKI Age: 56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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 : CAS Le : 25 / 1 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT

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 |
| 22/01/24 | | 2 | 500 D.H | INP: 1102270621 |
| | | | | |
| | | | | |

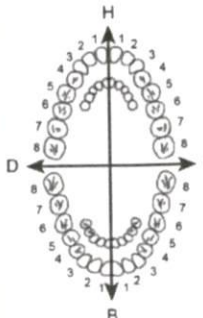
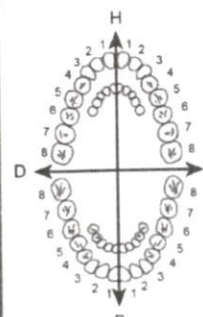
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LUMIERE LAHRIHI SARL 50, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chabab, Casablanca Tél: 05 22 52 40 29 | 22/01/2024 | 392,90 092040427 |

| 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.

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | DES TRAVAUX |
|---|--|--|--|---|
|  |  | 25533412 21433552 00000000 00000000 | 00000000 00000000 35533411 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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 | | |

- Traitement de la surdité
- Chirurgie de la thyroïde
- Traitement du vertige
- Prise en charge du ronflement
- Rhinite Allergique
- Chirurgie endoscopique
- Ancien médecin à l'hôpital
20 Aout Casablanca



Thermo-ablation thyroïdienne
علاج الغدة الدرقية بالتردد الحراري

- علاج الصمم
- جراحة الغدة الدرقية (الكواتر)
- علاج الدوخة
- علاج الشخير
- الحساسية
- الجراحة بالمنظار
- طبيب سابق بمستشفى 20
غشت الدار البيضاء

Casablanca le : 22 Janvier 2024 الدار البيضاء في :



RIZKI NOURIA

33,20 RISONEL 119.10 x 2
2 pulv le matin pendant 3 mois

19,30 OTRIVINE
1 pulv le soir pdt 15 jours

69,00 DOCIVOX SIROP
1 cam x 3 / jour pendant 7 jours

5,10 TOPSYNE GEL
1 app x 2 /jour pdt 1 semaine

0,90 ANAPRED 20 MG
3 cp le matin pendant 3 jours

392,90



N  du Lot 23H314
Date Per. 07.2026
P.P.V: 119,10 DH

PHARMACIE LUMIERES
LAHRICHI SARL AU
550, Bd. Al Qods, Inara, Ain Chock
Casablanca - INPE : 09204042
Tél.: 05 22 52 40 29

ps' a appeler le 20/01/2025

Dr ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste O.R.L et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tel: 05 22 50 04 40/05 10 88 02 15

25,50

N  du Lot 236744
Date Per. 03.2026
P.P.V: 119,10 DH

LOT: 230736
DLUO: 07/2026
69,00DH

LOT: M0830
EXP: MAI 2026
PPV: 19,30 DH

lots gh2,
FLUORONIDE

LOT: M0970
PER: 02/2025
PPU: 40,90DH