

## 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° W19-532937

ND: 29516

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMALI Saïd

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : 104 Bd Ghandu Hay BENSAY BORDJ BOUKAÏA

Tél. : 0664559080

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAMALI Saïd Age :

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

Nature de la maladie : IRCT

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 : Signature de l'adhérent(e) : 01/05/2020



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
27.05.2020	ls		Gratuit	INF : 09067056
08/06/2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/2020	4.12.10
	27/06/2020	45.00

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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  dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>  MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>  DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>  DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 40px; vertical-align: middle;"></table>														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز أمراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز  
Centre de Nephrologie Hemodialyse Ouled Hriza

Dr . Amal AYAD  
Spécialiste en Néphrologie  
Hémoldialyse



الدكتورة أمال عياد  
اختصاصية في أمراض الكلى  
و تصفية الدم

Berrechid le: 08/06/2020

Amal Ayad

PPV 45DH00

EXP 07/2022  
LOT 84119 1

**ZYRDOL® 0,5%**  
Solution injectable pour perfusion

Zyrdol  
perfusion

CENTRE HEMODIALYSE OULED HRIZA  
Dr AMAL AYAD  
Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
85 Lotissement Ouled Hriza - Berrechid  
TEL : 05 22 32 68 51 - FAX : 05 22 53 40 43  
GSM : 06 62 61 62 51 / INPE : 01167066



مركز امراض الكلى و تصفية الدم أولاد حريز  
Centre de Nephrologie Hemodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD  
Spécialiste en Néphrologie  
Hémoldialyse



الدكتورة أمال عياد  
اختصاصية في أمراض الكلى  
و تصفية الدم

Berrechid le : 27/05/2020

Mr JAMAEU Saoud

244,00

① Fermet 100g im  
1 Boite

28,10

② Vopaleme sinop  
1c x 3ft

1640,00

(30 min -  
autre chapure Repas)

③ Oebes 20g 6

15g 6 Mat  
15g 6 Soir

412,10



90, Bd. Ghali - Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 53 42 33  
Dr. Ghali  
ATA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 191564  
PER: 04-2022  
PPV: 140,00DH

90, Bd. Ghali - Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 53 42 33  
Dr. Ghali  
ATA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28.12

فوگالين 0,1%

90, Bd. Ghali - Berrechid  
Tél/Fax: 05 22 53 42 33  
Dr. Ghali  
ATA

Fermed® 100mg/5ml  
complexe fer saccharose  
5 ampoules de 5ml

6 118001 360031  
P.P.V: 244,00DH