

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACT VER 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'autorisation 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 :

- Le vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
  - Puisque les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radioologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joints 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辐射.

Optiqu

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Réédition :

- L'attente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réadaptations.
  - Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées doivent à joindre à la feuille de soins.

Denta

- \* En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'ordre préalable renseigné sur la feuille de soins est à valider avant le début de traitement.

• La structure doit être jointe à la feuille de soins pour les

- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement cancéreux.



#### **fresses Mails utiles**

- Régistration : contact@mupras.com
  - Prise en charge : pec@mupras.com
  - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUP 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.

MUPRA : 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](http://www.mupras.com)

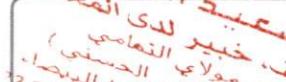


## Déclaration de Maladie

Nº W21-767975

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	02189	Société :	RAM 136706
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAATOUQUI MOhamed			
Date de naissance :	1956 CASA		
Adresse :	G.T Rue 105 N° 6 OULFA CASA RABTA RA		
Tél. :	0664022730 Total des frais engagés : 919,50 Dhs		

Autorisation CNRDB N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	10 NOV 2022
Nom et prénom du malade :	SAFIA KHOURI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	SAINTE AP
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

#### **VOLET ADHEREN**

**Déclaration de maladie**

Nº W21-767975

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 : 02189  
Nom de l'adhérent(e) : MARTOLIUS  
Total des frais engagés : 918.50  
Date de dépôt : 07-11-2022

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01 2015	669,50

## **ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES**

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	
CEMETE DE SOINS MABROU 2688 brouka Rue Casablanca	03/Nov/92	-	-	X	-	CENTRE DE SOINS MABROU ININFIRMIER AU N° 3000 Tassement mabrou 22083611

## VIOLET ADHERENT

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

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, cette pratique en indiquant la nature des soins

#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: 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 colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		G		B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D																							
00000000																							
35533411																							
11433553																							
G																							
B																							
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																		
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

N° 03

B.PDH

REÇU de M. MAATOU Qui

MOTAMEQ

de 500

pour Sij JM de Trixum Ng  
de Dr. SAÏD GZouli

le 03 NOV / 2022 20

Signature  
CENTRE DE SOINS  
INFIRMIERES MABROUKA  
Au: N° 2688  
Lotissement Mabrouka Rue N° 15  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 06 16 15

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف

المحاكم لدى خبر

Casablanca, le : 13 NOV 2022

03 NOV 2022

الدارالبيضا، في

c. Triaxiality  
106.8 GPa = 534 MPa

2400

97

50,00

3. 100 Hachibai Sos



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13.40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24.40 DH

24.46 6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

924 1913 May

22- Dr. A. M. J. Thambi (M.A., M.Phil., Ph.D., HOD, Department of English, Mezze, Hay Hassani, Casablanca)

Tél : 05 22 99 70 88 ; e-mail : drazza@gmail.com