

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-435737

ND: 29846

*Mle conjoint 2009.*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2048** Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **MR BENCHERIF Si. - Saïd**  
 Date de naissance : **01-02-1952**  
 Adresse :  
 Tél. : **06 61 45 37 62** Total des frais : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : **20/03/2020**  
 Nom et prénom du malade : Age : **68 ans**  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : **20/03/2020**  
 Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20 MAR 2020	Ca		300 m	INP : Professeur EL MEINI Mohamed Chirurgien Urologue 66, Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ELAS.M Mme. SEKKOU Abis, Rue Régimur / 44, Abdelmoumen Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél: 0522 27 65 80	20/3/2020	193,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

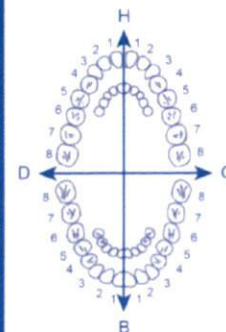
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

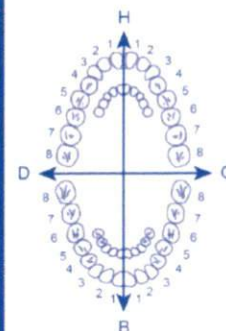
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

**Professeur EL MRINI M**  
**Chirurgien Urologue**

*Membre de la Société Internationale d'Urologie*

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 20 MAR. 2020

ن دكتور المريني محمد

Contrôle de la

19310

de la rue x 2000

Pharmacie LILAS.M  
Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

76, Bd abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca

Tél.: 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

Tél.: 06 06 99 39 20

76 شارع عبد المومن الطابق الثالث الدار البيضاء

E-mail : melmrini@hotmail.com



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Importé par :  
**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**

169, avenue Hassan 1er,  
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :  
**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**  
INDE.

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

 **كونتفلو<sup>®</sup>**

كلور هيدرات تامسولوزين

**CONTIFLO<sup>®</sup> OD 0.4mg**

Boite de 60 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



  
**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

**60 كبسولة**  
ذات تحرير ممتد  
عن طريق الفم

**0.4 ملغ**