

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Educations :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0030829

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1724 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MACHROUHI CAHOEN

Date de naissance : 22.10.1953

Adresse : Residence AL FAJR

Tél. : 0645 356774 Total des frais engagés : 796,70 + 71,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : MACHROUHI MED Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : oncogènes

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 : Le : 29.05.2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.m.mupras.com



# 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
29.05.20	OK	1	200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.05.20	596.70
		71.10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

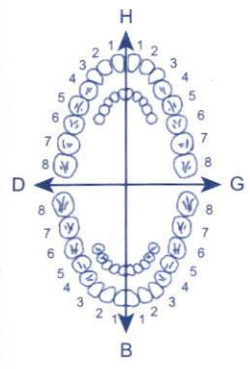
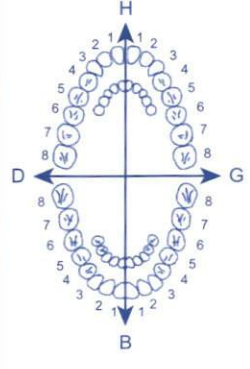
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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, remont, 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

Nom : Tachraoui Nehdi

Casablanca, le : 29.05.2020

110,50  
22100  
1) Levamox. 4g.  
s p 2 f 17  
2) Doliprane 1g. eff  
15800  
3760  
s p 3 f 15  
3) Zucam  
s p 3 f 15  
4) Omeprazole 20mg  
9280  
s p 1 f 15  
5) Acetaminophen 91  
11350  
s p 2 f 17  
87,80  
20  
59670

33, RUE IBRAHIM NASS - MAÏRIF  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 28 07

33, RUE IBRAHIM NASS - MAÏRIF  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 28 07

Dr. Kabbaj Benchérif Noufissa  
MEDECIN GÉNÉRALISTE  
66, RUE AHMED BARAKAT (Face au Marché du Maârif)  
Maârif - Casablanca  
Tél: 05 22 25 28 07

trai moj

110,50  
110,50  
PER 10/21  
LOT 15,80  
PER 10/21  
LOT 15,80  
LOT N°: 20,00  
UT. AV. 10/21  
P.P.V. DH. 02/21  
PER 10/21  
LOT 15,80  
P.P.V. 143DH50  
87,30



# ورقة الطلب

## Bon de commande

N° 09154

Le .....

في .....

Mr .....

السيد .....

العدد Quantité	النوع Designation	الثلث P. U. HT	المجموع Prix Total
1	Diprotein	2390	
1	1 meuble	4720	
		7110	

**Diprolène® 0,05 %**

bétaméthasone  
Voie cutanée



**Diprolène® 0,05 % pommade**

Mises en garde spéciales : Lire la notice avant utilisation.  
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.  
Ne pas conserver au-delà de 3 mois après première ouverture.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

0  
DIPROLENE D 0,05% Pommade 15g  
P.P.V. : 23 800H  
Distribué par MSD Maroc  
S.P. 136 Boukoura



LOT : 3132  
UT.AV: 05 - 24  
P.P.V: 47 DH 20

MAV5

20 كبسولة  
عن طريق الفم