

# ECOMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ons 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **ique :**

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

## **éducation :**

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.

## **entaire :**

■ 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](http://www.mupras.com)



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0034740

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2027

Société :

32441

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JADONAL mohAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667.93.16.91 Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06, 07, 2020

Nom et prénom du malade : JADONAL mohAMED Age :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

u

#### **RELEVE 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
6/7/20	C2		3000 D.H.	<i>Dr. Rhamelot Azizane Mps dance Enchaffi Date: 5 Sept 2021</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/2020	347.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram illustrates the HGBS (Hemoglobin Barts Test) setup. It shows a loop of blood vessels with numbered points 1 through 8. Point 1 is at the top vertex of the loop, point 2 is at the bottom vertex, and points 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are distributed along the upper and lower segments of the loop. Arrows indicate the direction of blood flow from point 1 towards point 2.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

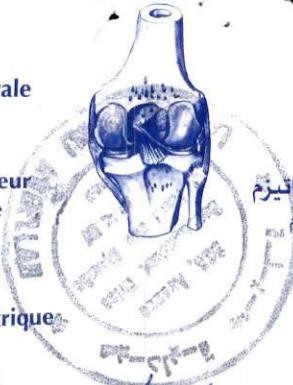
# Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie  
Maladies Rhumatismales  
Articulations - Os. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le :



الدكتور هشام ساطع

- اختصاصي أمراض المفاصل والروماتيزم والعظام والعمود الفقري
- أستاذ مساعد بالمستشفيات الفرنسية سابقا
- عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم
- دبلوم جامعي في علاج الألم بمادة التروسيط الطبي
- دبلوم في روماتيزم الأطفال

56.60

Jabel

13,40

PPV  
LOT  
PER

28,80

31.30

Zylor 200g 181mg

13,70

el clere

00373  
2024  
31.30  
31,30

75.00

Kolost 200g

29,00

113.40

le RASY N

LOT 191742  
EXP 07/2022  
PPV 75.00DH

28.80

vitonal 500mg

1me

29.00

Roviva

شارع بوزيان، إقامة فرجتين 5، المثلثة 5، الطابق الثاني (قرب نسيما) - الدار البيضاء (قرب نسيما) - الهاتف - الفاكس : 05 22 37 14 14

d. Bouziane, Résidence Farhatine 5 , Appt. 5, 2ème Etage, (A côté d'Acima) - Casablanca - Tél./Fax: 05 22 37 14 14

PPV : 113DH40

Lirapyn®

50 mg

-30 gélules



065

51180013065



611 80015 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
Arim 235DMP/21/INTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

8/2019