

## 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

- |  |                     |
|--|---------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horange - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-446207

N.D. 35919

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12076 Société : R A T  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : Khadija DOURRHA  
 Date de naissance : 1. 1. 1978  
 Adresse : N° 90 Nakhil II, Sannat el Bayda  
 Tél. : 06 73 53 8691 Total des frais engagés : 1063,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. SADIK Fouzia**

Cachet du médecin :

**Médecin**  
 104, Rue Mimouza Hay Erraha  
 Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> DOURRHAM Khadija  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + B Chole + Colé  
 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 : Casablanca

Le : 13 / 5 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-446207

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 :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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
5-20	19	01	200,00	INF: 7225914 <b>Dr. SADIK Fouzia</b> Médecin 104 Rue Mimouza Hay Erraha Casablanca

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimouza Hay Erraha  
Tel: 05 22 36 58 91 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.5.2020	163,7

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
		A M	P C	I M	I V	

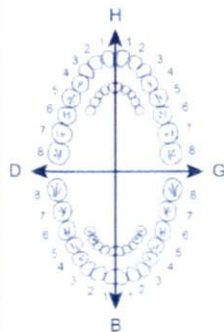
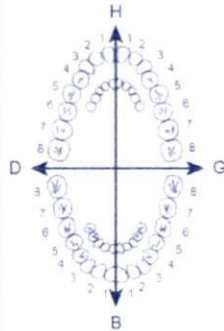
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <hr/> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : 13.5.20 : الدار البيضاء، في :

M<sup>me</sup> DOURHAM

Khadija

39,30 - Aldactazime

(OIB)



1 cp !  
58,40 - Solupred 20 mg

(OIB)



2cp ! après le ftour

+ (R) peu selé

31,20 - Bronchathiol sirop



1cà 3 fois !

133,00<sup>15</sup> - Arcoxia 90 mg

(OIB) (04.06.02 mois)



1 cp !  
15,80 - Doliprane 500 mg

(OIB)



7cp 3 fois !

54,00 - Duspatalin 200 mg

(OIB)



863,17 - 1 cp 2 fois !

Dr. SADIK Fouzia  
Médecin  
104, Rue Mimosa Hay Erraha  
Tél. 05 22 36 58 91 Casablanca

LOT : 9MA029  
PER : 05 2021

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20

P.P.V : 54DH00

6 118000 010531

Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NTC  
6 118001 160 044

Solupred® 20mg

**BRONCHATHIOL®**

Carbocistéine 5%

39,20  
P.P.V 31DH20  
PER 04/22  
LOT 11010

LOT N° : 1269179

UT. AV. : 09 21 P.P.V 39,30 39,30

09366132/4

15,80  
P.P.V 15DH00  
PER 11/22  
LOT 12638

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881  
6 118001 160044  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
70042492/  
120916-1

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881  
6 118001 160044  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
70042492/  
120916-1

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881  
6 118001 160044  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
70042492/  
120916-1

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881  
6 118001 160044  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
70042492/  
120916-1

Respecter les doses prescrites  
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

3881  
6 118001 160044  
Arcoxia 90 mg  
7 comprimés  
P.P.V : 133,00 DH  
Distribué par MSD Maroc  
AMM 452/16 DMP/21/NT0  
70042492/  
120916-1