

# 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063501  
ND: 36019  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : M. BRAHMI Med  
Date de naissance : 26-06-1944  
Adresse : 47 Mustapha el MAJFA LOUJ  
Tél. : 066124134 Total des frais engagés : 121,40 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : 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 : 7/8/2020  
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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE ROUDANI</b> Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU Brasim Roudani Vers Mly Youcef Maarif - Casablanca 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24 <b>صيدلية الروداني</b>	03/07/2020	76,20
<b>PHARMACIE ROUDANI</b> Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU Brasim Roudani Vers Mly Youcef Maarif - Casablanca 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24 <b>صيدلية الروداني</b>	07/08/2020	47,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

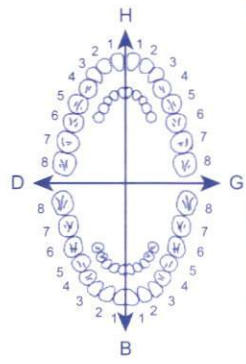
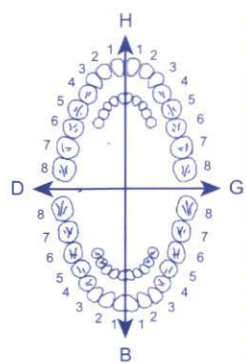
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COCHLEAIRE**  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة امراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري  
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي و الجراحي  
جهاز اللايزر  
جهاز السكانيبر الجسماني الكلي  
زرع قوقعة الأذن  
التشخيص و التحليلات

Casablanca, le : 03-07-2020 : الدار البيضاء، في :

M<sup>r</sup> IRAHIMI Mohomed

- Azyter collyre 76,20

1 goutte x 2/j

pd 3 j

صيدلية الروداني  
**PHARMACIE ROUDANI**  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Azyter 15 mg/g  
Collyre, B/G récipients unitaires  
PPN : 76,20 DH  
6 118001 101801  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacie responsable : Amina DAOUDI

Dr. EL ALAOUI Saïda  
Ophtalmologiste  
207, Boulevard ZERKTOUNI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 94 91 66

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ح: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البناتنا: 35504150

الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96

الفاكس: 05 22 22 03 57

$$\begin{array}{r} 26 \\ 20 \\ \hline 46 \end{array}$$

~~$$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$$~~

1/4 x 1/2 = 1/8  
 1/8 x 1/2 = 1/16  
 1/16 x 1/2 = 1/32



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 766493  
Date : 07/08/2020

Client :  
MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
GLUCOPHAGE 850 MG / 60 CPS	1	45.20	45.20

صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maarif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 74

T = 45,20



## Chlorhydrate de metformine

Vous devez arrêter de prendre Glucophage un certain temps avant et après de tels examens ou

Ce médicament n'est pas recommandé si vous allaitez votre enfant ou si vous

**TABLE 1**