

## 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 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-501780

37440

|                                  |                                       |                                      |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)    |                                       |                                      |                                 |
| Matricule : 1125                 |                                       |                                      |                                 |
| Société : Retraite'              |                                       |                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :     |                                 |
| Nom & Prénom : Selma Al Abdellah |                                       |                                      |                                 |
| Date de naissance : 1936         |                                       |                                      |                                 |
| Adresse : Habib Bourguiba        |                                       |                                      |                                 |
| Tél. : 06615614793               |                                       | Total des frais engagés : 505,02 Dhs |                                 |

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |                                 |
|   |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : 07/07/2020   |                                   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : Benslimane Zoubida Age:   |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : constante  |                                   |                                   |                                 |
| 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) :

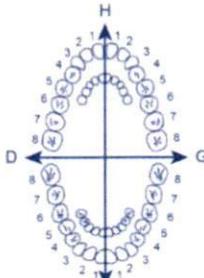
| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                     |
| 27/10/2020                     | C                 | # 130 #               | INF ; 061234167                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

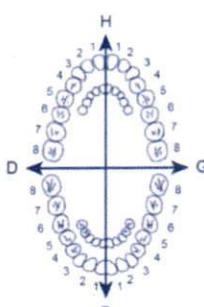
| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     |                                    |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                       |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                       |                   |        |     |     |     |                                    |

### **VOLET ADHERENT**

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



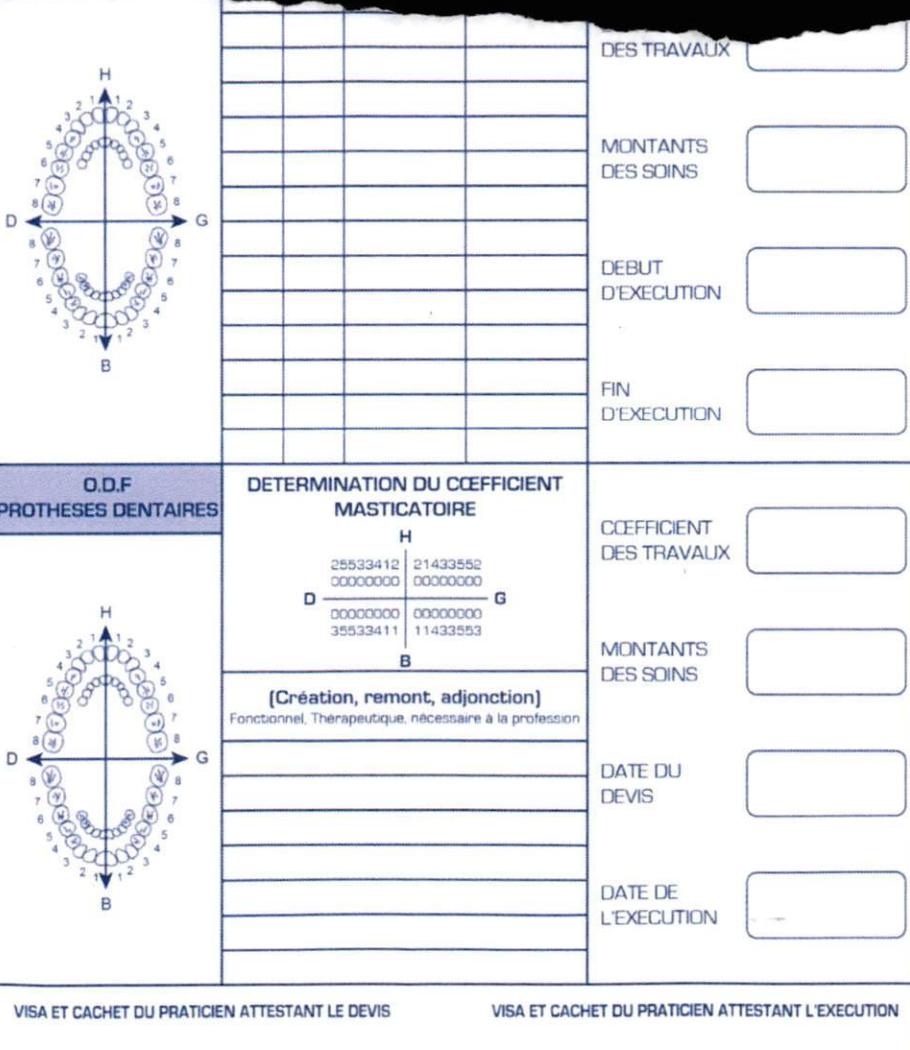
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |          |          |          |          |          |          |          |
|----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| D        | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td><td style="padding: 2px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td><td style="padding: 2px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td><td style="padding: 2px;">11433553</td></tr> </table> | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000 | 00000000  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 00000000 | 00000000  |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 35533411 | 11433553  |          |          |          |          |          |          |          |          |

#### [Création, remont, adjonction]



**Docteur Siham OUBOUHIA**

**Médecine Générale**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Diabétologue  
Education nutritionnelle du diabétique  
Gynécologie , suivi de grossesse  
Échographie  
Electrocardiogramme



**الدكتورة سهام أوبهيا**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

బబلو جامعي في مرض السكري، كلية الطب بالدار البيضاء  
التغذية العلاجية لمرضى السكري  
أمراض النساء و تتبع الحمل  
الفحص بالصدى  
الخطيط الكهربائي للقلب

## Ordonnance

Berrechid, le 07/07/2020

Nom.Prénom : Ben Salma SHAIRI Zoubida

89,95

1) Dénoristica sirop  
200S x 12

Lot: 190899

À consommer de préférence avant le: 12/2023

PPC: 89,95 DH

8 032578 476026



82,10

2) Inexium 20 mg  
1 x 21 j

C21



21,00

3) Nuravit sirop  
200S 1 j

EUCARBON®  
100 comprimés

6 118001 250301

3542A  
91,00  
91,00 DHS

91,00

4) Euborbon CP 100 mg  
قطرة مدرسة المذاهب - برشيد  
N° 58, Rez de chausée , quartier Layali - Berrechid  
☎ 05.22.03.04.72 ☎ 06.69.51.16.18  
✉ sihamoubouhia@gmail.com

26/5  
Medibronc 300g x 21 T.S R.D.U 17/07/2020

30,10

6) Fenac 100g

2 flacon 1/2 cp le soir

34,70

7) Leprom. Gén

1/2 cp

(2 boîtes)

375,00

Pharmacie AL MANDAR AL JAMIL  
Dr. SEHBANI Sanaa  
Lotissement Iminwada, G.T.  
0522 32 85 85 - Berrechid

1/2 cp le soir

DR. OURDOUNI  
Dr. acu Généraliste et ostéopathie  
Spécialisé en Nutrition et ostéopathie  
RBC Fourier LAVAL Berrechid  
Tel: 05 22 03 07 72

