

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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.

## Maladie

## Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

461

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LAZREG ABDELFATAH

Date de naissance :

24.01.1942

Adresse :

1700 14, AV JAMAÏD ESSALI - RABAT

Tél. :

Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUCHRAA Najiba  
Médecin Générale  
Stérilité - Fertilité  
Expertise Assermentée auprès  
des Tribunaux du Royaume  
007 60 456

Date de consultation :

02/04/2020

Nom et prénom du malade :

LAZREG ABDELFATAH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

HTA (chagras)

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le 04/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-564322

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
es des ctes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	Q	1	100000	INP : 101116622  Dr. OUCHRAA Najiba Médecin Générale Stérilité - Fertilité Expertise Assermentée aupres du Tribunal

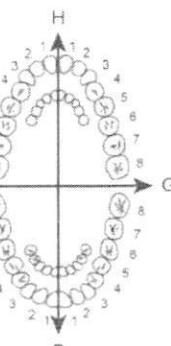
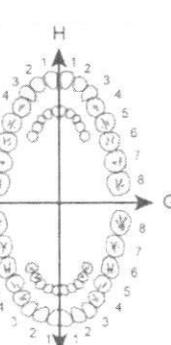
EXECUTION DES ORDONNANCES		
achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 01/04/2020	Montant de la Facture 1879,00
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
achet et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVE DES PRIX 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 canalaire, ainsi que le bilan de																				
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																		
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		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																				

Dr. OUCHRAA NAJIBA

Médecin Généraliste

Diplômée en Dermatologie

Interventionnelle

Spécialiste de la Stérilité fertilité

Experte assermentée près des

Tribunaux du Royaume

GSM : 06 61 22 08 30

Tél. : 05 37 60 45 65

الدكتورة والشرع نجيبة

الطب العام

♀ ♂

شهادة في طب أمراض الجد

اختصاصية في عقم الرجال والنساء

خبيرة لدى محاكم المملكة

النقال : 06 61 22 08 30

الهاتف: 05 37 60 45 65

le 02/04/2020

12. CAZ 2020 - ABDEC FATAH

Dr. OUCHRAA NAJIBA  
Médecin Générale  
Spécialiste - Fertilité  
Expertise Assermentée  
des Tribunaux du Royaume  
Tél. : 05 37 60 45 65

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Bi-tilidiem Ip 90mg cp b28

P.P.V : 97,50 DH

6 118000 061984



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Bi-tilidiem Ip 90mg cp b28

P.P.V : 97,50 DH

6 118000 061984

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Bi-tilidiem Ip 90mg cp b28

P.P.V : 97,50 DH

6 118000 061984

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Bi-tilidiem Ip 90mg cp b28

P.P.V : 97,50 DH

6 118000 061984

840، شارع مولاي ادريس | تجزئة المسيرة | تمارة (قرب صيدلية الهلال الأخضر)

840, Av. My Driss | Lot. Massira 1 – Témara (près de pharmacie croissante vert)

dr.ouchraa.najiba@gmail.com

**Maphar**

Km 10, Route Côtier 111, 

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 20mg cp pell b30 mv

P.P.V : 424,00 DH



6 118001 183128

**Maphar**

Km 10, Route Côtier 111, 

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 20mg cp pell b30 mv

P.P.V : 424,00 DH



6 118001 183128

**Maphar**

Km 10, Route Côtier 111, 

Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Crestor 20mg cp pell b30

P.P.V : 261,00 DH



6 118001 183128

# FLOTRAL®

Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118001 300150

10 mg

30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale

# FLOTRAL®

Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118001 300150

10 mg

30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale

# FLOTRAL®

Alfuzosine

FLOTRAL® 10 mg

30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6 118001 300150

10 mg

30 Comprimés à  
Libération Prolongée  
Voie orale