

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostique 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 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

0 Réclamation : contact@mupras.com  
0 Prise en charge : pec@mupras.com  
0 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



N° D: 43440

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015423

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8047 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

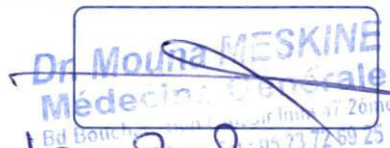
Nom & Prénom : ABRAHAMA ABIM Date de naissance : 01-11-1961

Adresse : LOTISSEMENT KANAO X Bloc D NR-13785

Tél. : 0548485824 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du malade : Nezha Boude Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète + candidose

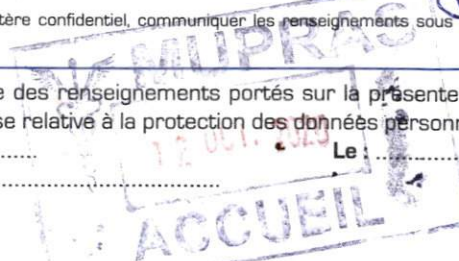
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Vaginal

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) :





# 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
02/10/2020			2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/20	564,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

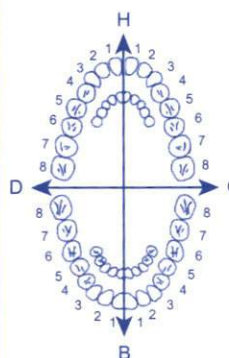
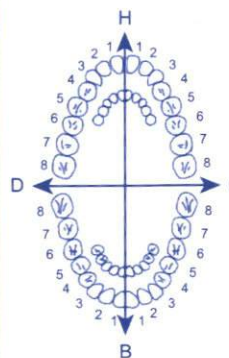
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CABINET  
Docteur Mouna MESKINE

Médecine Générale

Suivi de grossesse – suivi de diabète

Suivi de l'hypertension artérielle

Electrocardiogramme



عيادة  
الدكتورة منى المسكين

الطب العام

تتبع الحمل – تتبع السكري

تتبع الضغط الدموي

التخطيط الكهربائي للقلب

Settat, 02-10-2020

Nom : Nezha Bouida

- 1) Alcastenil solution  
98,00 1 amp x 2 (15)
- 2) Dermofix crème  
87,30 1 amp x 2 (15)
- 3) Arzia 500 mg  
79,70 2 cp 15 (seule fois)
- 4) Esonyk 150 mg gélule  
50,00 1 gel 15 (disponible en 11204)
- 5) Flagyl 500 mg  
29,80 1 cp x 2 15 (85)



6) Fluomizine ovule  
 56140 1 ovule 15 le soir (65)  
 7) Tahor 20mg  
 1cp 15 le soir.

103,00

T = 564,20

Dr. Mounir MESHINE  
 Médecin Généraliste  
 B. El Bouchama  
 Elage - SETIAT - Tél : 023 40 25 58 25



par: ZENITHPHARMA  
 Zone Industrielle Tassila Inezgane  
 Ir-Maroc  
 E. BOUHMADJ, Pharmacien Responsable  
 N° 24/18DMP/21/NRQ  
 96,40 DHS

**ESOMYK® 150 mg** 4 gélules  
 PPV 50DH00 EXP 11/2021  
 LOT 860331

Pharmacie EL KADIM  
 Pharmacie EL KADIM  
 17 rue My Slimane - Hay  
 Tél : 023 40 25 58 - 88

68 10 22  
 LOT PER  
 Prix 98,00  
 98,00

PPV: 79DH70  
 PER: 05/23  
 LOT: J1502

TAHOR 20MG 28 CPS  
 P.P.V : 103DH40  
 6 118000 250807  
 Laboratoires

87,30  
 LOT 02  
 PER 04  
 PPV 610410

LOT : 198004  
 PER : 06 2024  
 FLAGYL 500 mg  
 CP PEL B20  
 P.P.V : 49DH80  
 6 118000 060062