

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061385

ND: 51421

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1061

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Latjoui M. Soufiane

Date de naissance : 21.02.49

Adresse : Maison Adr esse

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr EL AOUADI AMINA**  
**Rhumatologue**  
**47, Rue Abou Soufiane Casa**  
**Tel. 0522 49 13 80**

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : N° LATJOUI M. SOFIANE Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : arthralgie

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

**15 DEC. 2020**  
**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

## **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
01/01/2020	G	G	300.00	Dr EL AOUADI AMAL Rhumatologue Rue Abou Soufiane Casa 0522 49 13 80

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SOURCE D'ASSERDOUNE</b> Dr. EL MOUAD MOUNA 6-7 Rue EL MOUAD Casablanca Tel: 05 22 36 24 85 / 05 22 36 26 60	07/12/2021	380.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

RELEVE DES F

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1<sup>er</sup>

47, Rue Abou Soufiane 1<sup>er</sup> étage  
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)  
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

اختصاصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل  
محج الحسن الأول

47، زنقة أبو سفيان الطابق الأول  
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)  
دار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUINI MOHAMED  
16-7 Rue Ain Asserdoun  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.60

03/12/2020

دار البيضاء، في

M<sup>a</sup> LAJOUNE MOHAMED

naproxène

47,00

47,00

1) ALGIXENE 80 mg/gelée 70g

1 gelée de 80 mg par une

des rps. A manger à souper 3x

100ml

2) 500g

500g de 80 mg par une

1 gelée par

3)

SINDASUD 4

1 g par jour à coucher

4) NEWFLEX 1000 mg par une

85,50 1 applicateur

LOT 191740  
EXP 07/2022  
PPV 52.80 DH

ISOPHARM  
NEWFLEX 1000 mg  
85,50 DH

DR EL AOUADI AMINA  
Rhumatologue  
47, Rue Abou Soufiane Casablanca  
Tél: 05.22.49.13.80

95

10 goutte par jour

MS. 95/ VINANE VIZZ  
MS. 95/ (545ml)

02 gouttes par jour.

PHARMACIE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

**380** 00

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

28.80 X 4  
Dr EL AOUADIA  
Rhumatolog  
47, Rue Abou Soltane  
Casablanca  
Tél: 0522 42 11 80

AS  
Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 DH

200606  
10/2023

PPV

LOT

PER

**28,80** ▲

PER

**28,80** ▲

PPV

LOT

PER

**28,80** ▲

PPV

LOT

PER

**28,80** ▲