

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

### Informations 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.

### Education :

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.

### Thérapie :

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

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.

RAS : 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° W19-595946

ND. 59647

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 11533 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUENA

Date de naissance : 19/02/1979

Adresse :

Tél. : 0600 643793 Total des frais engagés : 1709,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : NASR MOUENA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DTD + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21 JUIL. 2019

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

s des tes	Natures des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01 DEC. 2020	C 1	150,00	INP : 09107112	Docteur Tachou Medecin: 55-55-55-55 Cabinet: 55-55-55-55 Hay Hassani - Casablanca Tel: 05 22 65 54 05 40 04 07 51

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Ciel Ministère de la Santé 1 Rue Al-Djedid Casablanca Tel: 05 22 39 89 73	01/12/2020	1559,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

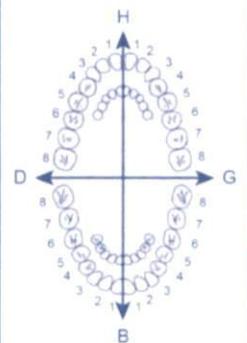
Cachet et signature du régisseur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficents	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

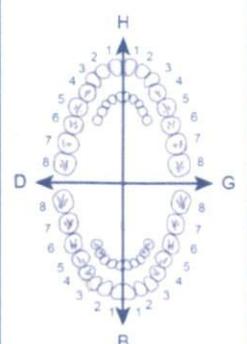
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale  
Echographie



الدكتور توفيق التريبي

طبيب رئيسي سابق

الطب العام  
الفحص بالصدى

01 DEC. 2020

Casablanca le : ..... الدار البيضاء في : .....

Mr NASR MOUNA

122,20 x 2

TMATEE 5 mg

744,00 2h',

ANTIVS dobes STAR

120/j le den 571,00

NUVAPID SALEXREN

60 37'

T=1559,20

SV

صيدلانية الكاف  
Pharmacie du CAF  
Mme CAF OUI SAMIR  
1 Rue Al Oukhouda - Beauséjour  
Casablanca - Tel : 22 39 89 73

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâ Casablanca  
Laritus 100U/ml, Inj b6 sty  
P.P.V : 744,00 DH

6118001 081615

Docteur Taoufik TRIHI  
Médecine Générale  
Derb el Widad Rue 11 N°377  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 93 45 44 - 05 40 04 07 51

محول للكسر في قلم مع با مسبقاً  
أنسولين أسبرت

للحقن تحت الجلد و للحقن الوريدي

مصمم خصيصاً للاستعمال مع إبر نوفوفين® أو نوفوتوبيست® للاستعمال  
الوحيد، وذات أقصى طول 8 مم  
لا تحتوي العلبة على الإبر

1 مل من محلول يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من أنسولين أسبرت،  
غليسيرول، فينول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، ديهيدرات فوسفاط الديصوديوم،  
كلوريد الصوديوم، حمض الكلوريدريك/هيدروكسيد الصوديوم (التعديل pH) و ماء  
لتحضير الحقنات

-- LAPROPHAN --

PPV : 571DH00

Respecter les doses prescrites  
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur  
ordonnance/Liste II  
يصرف فقط بموجب وصفة  
طبية/لائحة ||

مستورد وموزع من طرف لا بروفان  
21 زنقة الأدوية  
20300 الدار البيضاء

© 2018  
نوفونورديسك ش / م  
نوفوألي  
DK-2880 باوسفيرد ، الدنمارك



NovoRapid® FlexPen®

100U/ml  
Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml



8-9670-73-270-1

6 118000 060192



30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



inférieure à 25°C.

A conserver à une température

unique / 独特の温度を保つ

Uniquement sur ordonnance / Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

アドバイスを守る

Ramipril

TRIATEC® 5mg

122,10



6 118000 060192



30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



inférieure à 25°C.

A conserver à une température

unique / 独立包装 / 独立包装 / 独立包装 / 独立包装

Uniquement sur ordonnance / Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

只遵守医生处方的剂量！

Ramipril

TRIATEC® 5mg

122,10



**valable 3 mois**

01 DEC. 2020

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Docteur *Médecin* *Rue 11 N°377*  
*Derb Widaoui - Casablanca*  
*Hay Hassani - Casablanca*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *NASR MOUNA*

Présente

*DID + HTA (maladie chronique)*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*3 Mois*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)