

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## diologie 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.

## ntaire :

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.

## lade 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.

**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

53 AU<sup>0</sup>

**Déclaration de Maladie : N° P19-0009930**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4411 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SELAYAN AL - MADI Date de naissance : 31/12/60

Adresse : Lot EL WAFA N° H16 JERADA

Tél. : 06 61 31 99 40 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AIT RAHAL Abdella  
Anesthésiste-Réanimateur  
INPE : 91188154

Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : TEHYOUNIS SOUAD Age : .....  
*Dr. AIT RAHAL Abdella Anesthésiste Réanimateur INPE : 91188154*

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) : Ray

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0009930

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09-12-2020      | C2                | Générale              |                                 | <i>RAHAL Abdellah Anesthésiste Réanimateur INPE : 91188151</i>   |
| 00              |                   |                       |                                 | <i>INTERNATIONAL 102 - 103 Boulevard Aïn El Mizeb 1052 BP 1400 101 RAHAL Abdellah Anesthésiste Réanimateur INPE : 91188151</i> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE HAY AL MANZAH Lot: Al Manzah Imm 2 Mag 1 INPE: 062088778 Tel: 05 22 51 51 84</i> | 11/12/2020 | 342,40                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### VOLET ADHERENT

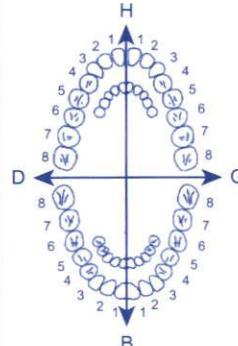
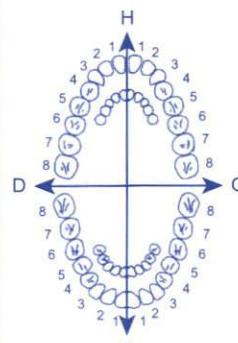
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins                                  | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|---|-------------|-------------------------|
|    |   |   |             |                         |
|  |   |   |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|   | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411   | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | B           |                         |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
| DATE DU DEVIS   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |
|   |   |   |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Date : 09/11/2002

## Ordonnance

13,70 x 2

SOUAD

TAHHOUNG

1) Azithrym 500 mg sucre 500mg  
1p/1j

Pri 2 p/j PT + 12j

2) Cardiazpine 100 mg  
1p/j PT + 10j

3) Vito C 1000 mg

PHARMACIE HAY AL MANZAH  
Tél. Al Manzah Imm 2 Mag 1  
INPE: 062 088778  
Tél: 05 22 53 1 84

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Barcode  
6 118001 090280

4) Zindilin 1g/j + 2f

56,30

INTERNATIONAL clinic  
102, 103 Boulevard Anoual - Casablanca  
Tel.: 0522 86 08 76

5) Dore 1 g/j Benz 1g/j + 2f

99,50

ATROS Replip

6) Belmez 10g/j ou oede 20g/j  
T = 34,00 1g/j

AT RAHAL Abdellatif  
Anesthésiste-Réanimateur

INPE: 0522 86 08 51

**SMB**

AMM N° : 209/14 DMP/21/NNP.

108, Rue Piere Parent, Casablanca, Maroc.



Importé par : **Ergo Médic**



Vitamine D3

Cholecalciferol 25 000 UI

# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH

LOT: 20J27D

EXP: 10/2022

**AZIX®**  
Azithromycine 500 mg

3 Comprimés  
sécables

**500 mg**  
Voie orale

**AZIX®**  
Azithromycine

PPV:79DH70  
PER:11/23  
LOT:J3058

bottu s.a.  
1, Allée des Casurinas - Ain Sébaïa - Casablanca

## COMPOSITION :

AZithromycine ..... 500 mg  
Excipients .... q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

ملخص 500 عن طريق الفم

مکالمہ  
از پسرو میں  
R

ω

اقرارات  
قابلة للكسر  
بـ 82، بصر الکازاریناس  
س. البشروا

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

**Adulte : lire attentivement la notice.**  
**NE PAS LAISSER A L'APORTEE DES ENFANTS**

10

**AZIX®**  
Azithromycine 500 mg

3 Comprimés  
sécables

**500 mg**  
Voie orale

**AZIX®**  
Azithromycine

PPV:79DH70  
PER:11/23  
LOT:J3058

bottu s.a.  
1, Allée des Casurinas - Ain Sébaïa - Casablanca

## **COMPOSITION :**

AZithromycine ..... 500 mg  
Excipients .... q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

## **500 ملخ**

مکالمہ  
از پسرو میں  
R

ω

فابیلہ داکسٹر  
امیر احمد  
معمر الکاظمی نیاس  
س۔ البشیر

AZIX®  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables

POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :

**Adulte : lire attentivement la notice.**

10