

# 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 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.

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0048378

Nº 15167

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3264.	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHRAIBI Faïcal	
Date de naissance :		1949	
Adresse :		Résidenciel attaslamome line 6 N° 57 oufia CASA	
Tél. :	0666 198 568	Total des frais engagés :	294,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHRAIBI Faïcal Age: 70

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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) :

### 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
01/11/19	Urologie		CT	Hôpital Cheikh Benhia Ibn Zaid PR. Azzeddine Abdeljalil Urologie 091177568
Fax: 090001862				
Email: contact@ckm.men				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOPHIA Mme Benbrahim Ep. Slaoui 214, Bd. Ibnou Sina - CASA Tél: 0522 36 01 64	01/11/19	294.00

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	
	B 00000000 11433553			Montants des Soins
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 21/12/19

M<sup>°</sup> CHRAIBI Faical



98.00 × 3

294.00 Tamulosine 0.4



1 gel / j

3 Boîtes

PHARMACIE SOPHIA  
Mme. Bentouhami Ep. Sidi  
21A, Bd Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 360 164

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
PR. Ass HEDDAI Abdeljalil  
Urologie



هرمس / هرس  
SCOR / سکر  
LID / لید  
MINT / مینٹ

POSOLOGIE / مقدار - HOPWELL / هولیوود

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V :98DH00



LOT : 9MA017  
PER : 08 2021

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
لَا يُبَرَّأ بِمُرْجَبِ وَصْنَعِ الْأَذْيَاءِ - لِسْتَةِ ا

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

تمسلاوزين وين® ت.م.  
تمسلاوزين 30

ZENTIVA  
AUSTRIAN COMPANY

عن طريق الفم

مصدر معدن كبسولة ذات تحدر معدن

0,4 mg

هرمس / هرس  
SCOR / سکر  
LID / لید  
MINT / مینٹ

POSOLOGIE / مقدار - HOPWELL / هولیوود

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V :98DH00

9 118000 062257

LOT : 9MA017  
PER : 08 2021

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
لَا يُبَرَّأ بِمُرْجَبِ وَصْنَعِ الْأَذْيَاءِ - يَقْرَأُ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

تمسالوزين وين® ت.م.  
تمسالوزين

30 كبسولة ذات تحدر معدن

عن طريق الفم

ZENTIVA  
A SANTO DOMINGO

0,4 mg

هرمس / هرس  
SCOR / سکر  
LID / لید  
MINT / مینٹ

POSOLOGIE / مقدار - HOPWELL / هولیوود

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V :98DH00

9 118000 062257

LOT : 9MA017  
PER : 08 2021

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
لَا يُبَرَّأ بِمُرْجَبِ وَصْنَعِ الْأَذْيَاءِ - يَقْرَأُ

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
احترم الجرعات الموصى بها

تمسالوزين وين® ت.م.  
تمسالوزين

30 كبسولة ذات تحدر معدن

عن طريق الفم

ZENTIVA  
A SANTO DOMINGO

0,4 mg