

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## adiologie 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.

## ptique :

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.

## entaire :

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 caractére 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](http://www.mupras.com)

15196

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021944

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **126.88** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LA FRCM Mohamed** Date de naissance : **13/05/87**

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : **300.90** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**DR. EL BENNA EL Hassan**

**PÉDIATRE**

54, Rue Socratis Résidence Sébah

Maârif - Casablanca

Tel: 022.56.02.43-022.56.03.11.17.34.45

Date de consultation : **11/12/19**

Nom et prénom du malade : **Med ILYAS Lefeu** Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **St grippal**

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 : **CMN**

Le : **16/12/19**

Signature de l'adhérent(e) : **ILYAS Lefeu**

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0021944

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par 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
11.12.14	C2	1	250	DR. E. P. M. 54, Rue Sainte-Catherine, 1000 Bruxelles T. 022.66.02.45 - 0473.19.17.33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie IBNOU KATER</b> <u>M'hamed OERMANE</u> Docteur en Pharmacie 22, Rue Impasse Ibhous KATER Tél : 05 22 23 41 83 - CASABLANCA	11/12/19	50,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHÉRENT

\* 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'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

#### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. The grid is bounded by a thick black border. Arrows point from the center of each circle to its right, top-right, top, and top-left neighbors, indicating a movement pattern. The grid is as follows:

1	2	3	4	5	6	7	8	1	2
2	1	2	3	4	5	6	7	8	1
3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
4	5	6	7	8	1	2	3	4	5
5	6	7	8	1	2	3	4	5	6
6	7	8	1	2	3	4	5	6	7
7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	1	2	3	4	5	6	7	8	1
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2
2	3	4	5	6	7	8	1	2	3

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr . El Hassan EL BENNA

**PEDIATRE**

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant

الدكتور الحسن البنا



اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le ..... 11 - 12 - 19 .....

M<sup>ed</sup> = lysos lafran

28,60

5  
S  
%

\* Apirectil Sirup

1 dose 22 hoy | 6h | pdt 2f

22,50

5  
S  
%

- Nodolfer Sirup

1 dose 22 en alternance

صيدلية ابن كثیر  
Pharmacie IBN KATHIR  
M'hassane El Ferjani  
Doctor: Dr. Hassan EL BENNA  
22, Rue Socrate  
Tel: 05.22.28.28.28  
Maârif - Casablanca  
Boulevard  
CASABLANCA

\* Cloracef 250 n°1

1 dose 22 x 3 / f

T<sup>o</sup> 50,90

Dr. EL BENNA El Hassan  
PEDIATRE  
54, Rue Socrate, Casablanca  
Maârif - Casablanca  
Tél: 022.98.03.46 GSM: 061.17.34.45

20

4

# לְפָנֶיךָ

一  
卷之三

الصوديوم.	الملحوظات: إينوروفين	20 مللي/ مل
	الملحوظات الأخرى لـ دـ. لـ.	100 مل

40 - DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML  
P.P.V : 22DH50  
6 118000 061892

يُتناول هذا الدواء عن طريق الفم.  
يُستعمل الدواء بواسطة حفنة قياس الجرعات (مدرجة بالكيلوغرام) 0.5 مل من محلول للشرب  
ندرج واحد من 1.5 كجع بطبق 0.5 مل من محلول للشرب  
وتحتوى على 10 ملغم من أيبوبروفين.  
احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.  
اقرأوصفة كاملاً قبل البدء في استعمال هذا الدواء.  
يجب الحفاظ به في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

ADIRFTIL®

LOT: 13519012  
PER: 06-2021  
PPU: 28,40 DH