

# 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.

## radiologie 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.

## rééducation :

- 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 |

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)

Warriner

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001838

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

15603

Matricule : 0818

Société : R. A. M.

Actif

Pensionné(e)

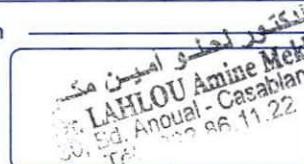
Nom & Prénom : Mme JENNAR

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 389,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2020

Nom et prénom du malade : M - JENNAR Total des frais engagés : 389,60 Dhs

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension + Prédibète

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 : CASA

Le : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0001838

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 : 0818

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 389,60

Date de dépôt :

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>AMERANIM Hamed</b>            Ph. <b>SAAD</b>            44, Bis Bd <b>El Oumoum Bouabid</b>            (Ex. Jerrada) - 10000 - <b>CASA</b>            Tel: 02 22 22 22 22</p>	06-01-20	189.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

BELÈVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'odontogramme.

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Lahlou A. Mekki**

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique et Nutrition

Certificat de médecine micro-nutritionnelle fonctionnelle

Médecin hypnothérapeute

Médecin Expert Assermeté

Membre du Collège National des médecins nutritionnistes

Membre fondateur et Président du collège des hypnothérapeutes du Maroc



**AMRANI M'Hamed**  
Pharmacie SAAD  
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA  
Tél : 05.22.25.34.85

بـ  
يـ  
طـ  
فـ  
يـ  
بـ

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160334

ne sodique

الجين  
بـ

**COOPER PHARMA**

PPV : 6,80 DH

Casablanca le ..... 06/01/2020 ..... الدار البيضاء

H. JENNATE

Mouka.

2x 100x2  
680x2

1/ Levothyrox 100 + 50. (30)

150 µS/1

2x 20,80

2/ Glucoplage 500

0 - 1 - 1 Afi

550x2

3/ Amoxil 1g (

189,60,8 x 31f par 08j

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

X 50

PPV: 55,00 DH  
LOT: 599722  
PER: 04/20

PPV: 55,00 DH  
LOT: 601518  
PER: 04/20

دـوـامـنـ مـكـ  
Dr. LAHLOU A.  
30 Bd. An...

20,80

20,80

نـسـيـةـ،ـمـحـطـةـالـطـرامـ 2ـ مـارـسـ -ـ الدـارـبـيـضـاءـ:ـ 20360ـ.ـالـهـاـفـ:ـ 0522 86 11 22 - 0522 86 33 00

30, Bd. Anoual, Résidence Nassima, Station Tram 2 Mars - Casablanca 20360 - Tél. 0522 86

N°INP : 091089359 - ICE : 001734920000012 - [www.effimince-maroc.com](http://www.effimince-maroc.com)