

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° S19-0003770

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.103 Société : 17671

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARA SADIR Date de naissance : 01/04/1991

Adresse :

Tél. : 06 19 50 39 28 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2019

Nom et prénom du malade : SADIR SARA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suivi de grossesse

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] [Stamp: JAN. 2020]



# RELEVÉ 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
24/12/19	G.S.		3028	
			1532	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/2019	451,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

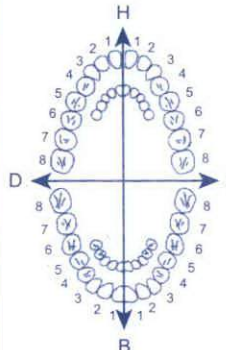
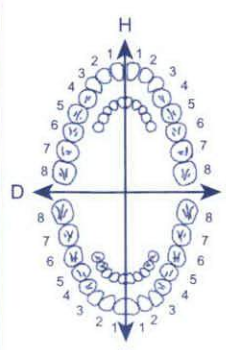
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

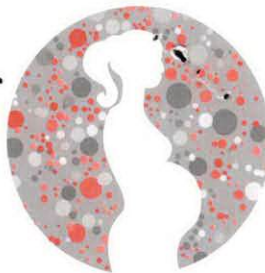
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Lilia HAMOUMI CHAUVET

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynécologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynécologique  
Coeliochirurgie - Hystérocopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



## الدكتورة ليلية حمومي شوقي

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد

رعاية ومراقبة الحمل  
التوليد

الفحص بالصدى الصوتي

جراحة أمراض النساء

التشخيص والجراحة بالمنظار

جراحة أمراض و سرطان الثدي

سن اليأس

العقم للزوجين

### Ordonnance

Casablanca le :

24/12/2019

الدار البيضاء في :

Mme/Mlle :

Sara Sadie

Distribué sous licence

-- LAPRÔPHAN S.A.

21, rue des Oudaya

Casablanca - Maroc

PPV : 206DH00

51,60

1- Tardyferon SS 90

1cp x 21j

79,00

2. cyplend 90

1cp le soir

84,00

3- neloxy 50

1gch le soir

24,50

4- spofa 90

1cp x 21j

60 زقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معارف - الدار البيضاء

60, Rue Nablosse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichaouvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54

206.00

5 - Laxer big LP

1 q 1 T 3 d 1 semaine  
(07 jrs)



6 - Bodreze gel

1 q 1 T x 2 1 T 5 d

7 - ceinture de matériel

n° 1

8 - REPOS + + +

451.10

6 118001 100620

**TARDYFERON B9**  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAUDU - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

Dr. H. HANCOU  
Gynécologue - Obstétricienne  
60, Rue Mohammed VI - Casablanca  
Appel 11 - Casablanca - Tél: 0522 23 10 50

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE  
Mme. IZAZI N. - gda  
18, Rue Abdelhamid El-Khalil - Casablanca  
Tél: 0522 83 02 75 - Tél/fax: 0522 28 93 76  
INPF : 0920002398

322084