

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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 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

N° P19-0027075

N° = 18523

Optique

Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1308 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LARABI John mmt

Date de naissance : 26 Rue L'Hopital OSMAR DASS - CASA

Adresse : 10, 159

Tél : 05 22 93 47 22 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS  
RECEPTION

Date de consultation : 04/11/2019

Nom et prénom du malade : Larabi mohamed

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Rehambouche

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/11/19        | Simplage          | 200                   | 500,-                           | DOCTEUR JEAN CHRISTIAN CHIRURGEN DENTISTE Paris 16 <sup>e</sup> Champs Elysées 16, Avenue des Champs Elysées 75016 Paris France<br>Téléphone : 01 45 22 45 05 Fax : 01 45 22 45 06 |

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur   | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE KISSI ALEXANDRE BARRIERE 3, Rue Rouelle 75011 Paris Tél. 01 45 31 31 31 | 11/11/19 | 695,-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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRE                   | Dents Traitées                                   | Nature des Soins                 | Coefficient | Coefficient des Travaux          |
|----------------------------------|--|----------------------------------|-------------|----------------------------------|
|                                  |  |                                  |             |                                  |
|                                  |  |                                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                                  |  |                                  |             | DEBUT D'EXECUTION                |
|                                  |  |                                  |             | FIN D'EXECUTION                  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> |                                  |             | Coefficient des Travaux          |
|                                  | H  | 25533412<br>00000000<br>35533411 | G           | 21433552<br>00000000<br>11433553 |
|                                  | D  | 00000000                         | B           | 00000000                         |
|                                  |  |                                  |             | MONTANTS DES SOINS               |
|                                  |  |                                  |             | DATE DU DEVIS                    |
|                                  |  |                                  |             | DATE DE L'EXECUTION              |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

SPECTRUM 500 mg  
20 comprimés



6 118000 081937

160,00

compte

LOT 191286  
EXP 07/2022  
PPV 83.20 DH



10 comprimés

SPECTRUM 500 mg

Permixen 100 mg  
30 GÉLULES



6 118001 181957

153,30

CE 24/24

GlaxoSmithKline Marc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
Lot : 978N  
SN : 51VN8PSF4F

PC : 03400936182554  
EXP : 11/2022  
Lot : 3981000  
SN : DB270150480215

GTIN: 08901296110100  
EXP : 09/2020  
Lot : 3981000  
SN : DB270150480215

CONTIFLO® OD 0,4 mg  
Boîte de 30 gélules à libération  
prolongée  
Voie orale



3ADR ion  
Aloussi, Bourgogne  
Tel: 05 22 45 23 00

Casablanca, le .....

41. 11 / 29

Rabat

LARABAT

109,70

1). Contiflo



153,30

2). Permixen



160,00

3). Spectrum 500

21;



mid

PHARMACIE LES ARCADES  
KISSI Nawal  
3, Rue Rouissi - MC - EL Béchar  
Tél: 05 22 25 31 14

272,00

4). Avodart

1;

mid

2 formule

69,00

35, Rue EL ALLOUSSI Bourgogne (Face Mosquée Badr) - Casablanca  
Tél. : 05 22 49 28 00 - 05 22 49 23 80/81/82/83/84/85 - Fax : 05 22 49 23 86

N° 1308

CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

92 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

F A C T U R E

N° : 201902777  
Du : 04/11/2019

Nom patient : M. LARABI MOHAMED

*Médecin prescripteur ; DrMED DE GARDE*

| Examens           | Cotation(Z) | Prix Dhs |
|-------------------|-------------|----------|
| SONDAGE           | 0           | 500,00   |
| PHARMACIE         | 0           | 200,00   |
| FRAIS CONSUTATION | 1           | 500,00   |
| Total             |             | 1 200,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

**CITM CLINIQUE BADR**  
35 Rue El Alloussi, Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 49 28 00/80/82/84  
Fax : 05 22 49 23 86