

# 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)

18792

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0015066

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LA ARIFF LARBI Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : RUE 21 N° 8 HAU ELHOUDA BE RRE OHID

Tél. : 0661138022 Total des frais engagés : 1424,40 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/19

Nom et prénom du malade : EL FAROUKI MALIKA Age : 63 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète - Hypothyroïdie

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 : Sur ACCUEIL Le : 15/11/2018

Signature de l'adhérent(e) : El Farouki

## 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
15/11/19	C		G	Dr J. B. S. SOLOGNE PREMIER CHIRURGIEN

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Ried Dr. SINANI TAHIR N°: 1-2 Mosquée Ried Bord/À coté du Stade Bourg / Bourg 522 33 62 22	15/11/19	14.24,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows point from circle 1 to circle 2, then to circle 3, and so on, forming a path that loops back to circle 1. The path is as follows: (1,1) to (2,1), (2,1) to (3,1), (3,1) to (4,1), (4,1) to (5,1), (5,1) to (6,1), (6,1) to (7,1), (7,1) to (8,1), (8,1) to (1,2), (1,2) to (2,2), (2,2) to (3,2), (3,2) to (4,2), (4,2) to (5,2), (5,2) to (6,2), (6,2) to (7,2), (7,2) to (8,2), (8,2) to (1,3), (1,3) to (2,3), (2,3) to (3,3), (3,3) to (4,3), (4,3) to (5,3), (5,3) to (6,3), (6,3) to (7,3), (7,3) to (8,3), (8,3) to (1,4), (1,4) to (2,4), (2,4) to (3,4), (3,4) to (4,4), (4,4) to (5,4), (5,4) to (6,4), (6,4) to (7,4), (7,4) to (8,4), (8,4) to (1,5), (1,5) to (2,5), (2,5) to (3,5), (3,5) to (4,5), (4,5) to (5,5), (5,5) to (6,5), (6,5) to (7,5), (7,5) to (8,5), (8,5) to (1,6), (1,6) to (2,6), (2,6) to (3,6), (3,6) to (4,6), (4,6) to (5,6), (5,6) to (6,6), (6,6) to (7,6), (7,6) to (8,6), (8,6) to (1,7), (1,7) to (2,7), (2,7) to (3,7), (3,7) to (4,7), (4,7) to (5,7), (5,7) to (6,7), (6,7) to (7,7), (7,7) to (8,7), (8,7) to (1,8), (1,8) to (2,8), (2,8) to (3,8), (3,8) to (4,8), (4,8) to (5,8), (5,8) to (6,8), (6,8) to (7,8), (7,8) to (8,8), (8,8) to (1,1).

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Berrechid le : 15/11/19

صيدلانية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée R'Ma  
Dr. Siham TAMIMI  
N°: 1-2 Mosquée R'Ma  
Hay Riad (A coté du Stade Sportif) Casablanca  
Tél /Fax: 05 22 33 88 22  
nce Médicale

## Ordonnance Médicale

Ms. ELFAROUKI MALIKA

390,002

GALVUS NET 50/1000 mg

6 118001 031092  
**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**  
 Boîte de 60 comprimés pelliculés  
 PPV : 390.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V : 84.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

3 Levothyrox 100 mcg

1330x100 1-0-0

Leontine 50 m  
611 800110201 3

6,80x9 Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

## Lerothyrrox 27 mg

T 1-0-0

Sanofi-aventis Maroc  
route de Rabat -R.P.1  
in sebaâ Casablanca  
amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84.00 DH  
Date d'expiration:

Sanofi-aventis  
Route de Rabat -R  
Ain sebâ Casabla  
Amarel 4 mg, cp  
P.P.V : 84,00

611  
Lev  
Comp

mf

611 800110  
Levothyrox®  
Comprimés séca  
PPV:

111.550.00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1  
 Ain sebaï Casablanca  
 Amarel 4 mg. cp b 30  
 P.P.V. : 84,00 DH

611 800110202 0  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24.40 DH

02020 6 118001 1020  
100 µg, Levothyrox® 100 µg  
bles B/30 Comprimés sécables B/30  
24,40 DL PPV: 24,40

102013 611 800110201 3  
50µg, Levothyrox® 50µg,  
biles B/30 Comprimés sécables B  
/': 13,40 D PPV: 13,40

PHYSIOLOGY

PPV: 13,40 DH  
PNEUMO


 S 118001 102006 118001 102006  
 Levothyrox® 25 µg, Levothyrox® 25 µg,  
 Comprimés sécables B/1, Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH