

# 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 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

couvert  
N° 20771  
Déclaration de Maladie : N° P19- 0020763

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **BSI 948**

Société :

**MUPRAS (RAM)**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**2ème**

Nom & Prénom : **BAITOU Bayemaa**

Date de naissance : **01/07/1936**

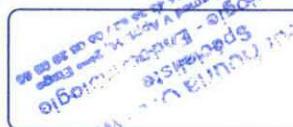
Adresse : **Hay El BAHJA 0-440 Marabout DOUAR ASKAR**

Tél. : **0661258374**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18/11/2000**

Nom et prénom du malade : **Baitou M/banks** Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Disibilité ischioradiculale**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

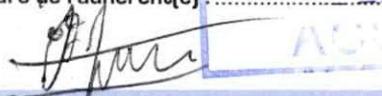
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Allal Ben Abdellah**

Le : **18/11/2000**

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020763

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### BELEVE 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
48/11/2020	(2)	2	6	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/2020	2124,80

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VIOLET ADHERENT

\* 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'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the numbers 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the upper arch and 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the lower arch. A vertical line labeled 'B' at the bottom represents the midline of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Houria O. Jawkh  
Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérol - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b5  
P.P.V : 145,00 DH  
6 118001 080670

الدكتورة حريّة أ. جوهرى

الاختصاصية

أمراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكوليسترون - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - تقصان النمو

التنفسية

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml. inj b5 stv  
P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

Marrakech, le : 28/11/2020

48700 x 2

- lignic 75  
~ P 6500

74400

- latu solosha  
900 g

52,80

LOT 181035  
EXP 02/2021  
PPV 52.80DH

oedés  
~ P 50

4600 x 4

- Digestie  
~ P 5

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V: 487DH00

6 118001 170678

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc  
P.P.V: 487DH00

6 118001 170678

PAA050711

PAA050711

4 mors

6  
T.S. V. /

Docteur Houria O.  
Spécialiste en Diabète et  
Obésité - Clinique Guéliz  
213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65  
IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

08 08 39 09 65/05 24 43 36 62  
213, Avenue Mohamed V, Appt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C. : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

14500 - Tavanic 500  
-  
14500



PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

25,00

2500 - Drill

-  
2500 x 3

212480

Document Control Unit, Measurement  
Documentation, Calibration, Testing  
and Measurement Services



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER  
30 gélules



Forme à action prolongée

107

EXP

F. 17 V

181640 1

07 2023

46.00

46,00



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER  
30 gélules



Forme à action prolongée

100 T

EXP

F. 17 V

181640 1

07 2023

46.00

46,00



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER  
30 gélules



Forme à action prolongée

107

EXP

F. 17 V

181640 1

07 2023

46.00

46,00



# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER  
30 gélules



Forme à action prolongée

100 T

EXP

F. 17 V

181640 1

07 2023

46.00

46,00

