

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 0044007

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21689

10024

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUAR MOHAMED

Date de naissance : 03/10/1969

Adresse : 72, Gt NAZOLA, Rue 1, Hay HASSANI - CASA

Tél. : 0626090200 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/19.

Nom et prénom du malade : BENOUAR MOHAMED Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : 18 Fév 2020

Signature de l'adhérent(e) : FAY



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20.12.19	GL + E16	300.00 /		Dr. YOUSSEF DIB CHAMROUEH Lebanon - 10.05.2019 13:00:00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Dr. MENCHER Angie Bd. Ibnou S. Hay Hassan Tel.: 03 22 89 50 05	20/12/19	1833,10

#### **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'ORL.

SOINS DENTAIRES	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>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></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

Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies  
du Coeur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne  
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
  - Holter rythmique
  - Epreuve d'effort
  - Echo-doppler cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

ال اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طیب سابق بمستشفيات يارمیس

الفحص بالصدى بالألوان

الهولندي

Casablanca, le

20.12.19

~~(Max 6 minutes)~~

பொன்னி ஜார்மனி

S.V.

S.I.

51

**DR. YANNISSE DRASSI**  
CHIRURGIEN  
100 Bd du Dr Emile Roux  
Goudiannis - TEL: 03 22 38 86 66

**Pharmacie MENEJRA**  
16, Angle Bd. Ibnou Sinaa Rue  
Hassani - 0522 Casablanca 89 50 05

100، شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca  
المستعجلات : 0661 08 02 82 - الهاتف : 0522 93 86 00 - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82



**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 02/2021  
LOT 70086 4

LOT 180787  
EXP 02/2020  
PPV 215.00DH

LOT 190947  
EXP 01/2021  
PPV 215.00DH

LOT 180787  
EXP 02/2020  
PPV 215.00DH

LOT 190947  
EXP 01/2021  
PPV 215.00DH

LOT 181297  
EXP 03/2020  
PPV 215.00DH

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 08/2021  
LOT 86068 2

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 05/2022  
LOT 92056 4

**ZOTROL® 50 mg 28** comprimés sécables  
PPV 25DH00 EXP 05/2022  
LOT 92056 4

