

# 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 - 5ème 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° P19- 047177

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8930 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukari HASSAN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 065801300 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

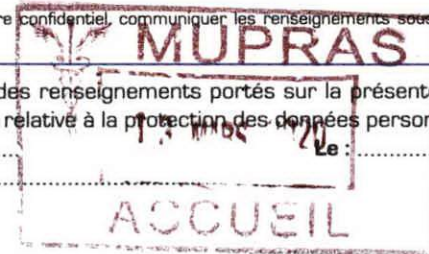
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			
	H		G																				
	25533412	21433552																					
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																							

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N° <b>P 17 / 0062430</b>			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



**P 17 / 0062430**

**DATE DE DEPOT**

..... / ..... / 201.....

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom .....			
Fonction .....	Phones .....		
Mail .....			
MEDECIN	Prénom du patient <i>M. Bankari Hassan</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie			Date <i>28/02/2020</i>
<i>Néoplasie du pancréas</i>			Date 1ère visite .....
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>C</i>		<i>gratuit</i>	
PHARMACIE	Date <i>28/02/2020</i>		
Montant de la facture	<i>393,80</i>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date .....	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date .....	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

CACHET

CACHET



مصحة الساحل للأونكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Le 28/02/2020

LOT 192979 1

EXP 12 21

PPV 170.00 DH

1<sup>er</sup> Boukari Hassane

170.00

4 Ofiben 200mg



1 cp x 2 j pendant 4 j

69.80

4 Flagyl 500mg



LOT 192979 1  
EXP 12 21  
PPV 170.00 DH

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V : 490DH80



1180001060062

SYNTHEMEDIC

22 rue soussier benou al aouam rocher  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr OR

Boite 14

641N50MP/21NRQ P.P.V : 123,60 DH



118001 020807

sep x 5 j pendant 4 j



129.60

X3/ Inexium 40mg



50.40

4 / Néalgyl cp



sep x 4 j (si douleur)

393.80

(suite)

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANI  
SKIRREDJ  
15 - 19, Rue de la République  
Ain Harbi - Casablanca  
Résidence  
Tél: 0222 79 17 81

PPV 50DH40  
PER 10/22  
LOT 12337

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc

Pour accéder : Tram ligne1, direction Ain Diab, station Le Littoral

(+212) 5 20 66 68 90 / 91 / 92 • (+212) 5 22 79 75 94 / (+212) 5 22 79 86 96 • @contact@cliniquelittoral.ma

www.cliniquelittoral.ma



u8.40

5/ Gaviscon

1 cè s x 3 j

18.30

6/ Cloprano Siroc

PPV 18DH30

EXP 11/2022  
LOT 96015 3

1 cè s x 3 j (15 min avant les  
repas)

X 7/ vit K saupoult  
(à injecter demain)



Dr. Hissane ZMAIMIR  
Clinique Médicale  
Sala 3, Bt 1, Grande Avenue  
Cairo - Arie - 0520 016 09 900 133  
Fax: 00 22 99 8 42 40 2 19 13 34