

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse :

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



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SABIR ABDELLAH  
Date de naissance : 30/06/1948  
Adresse : Wifa III Rue 80 N°42 EL OULFA CASABLANCA  
Tél : 0662 704834 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 29/04/2020  
Nom et prénom du malade : SABIR ABDELLAH  
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 : Casablanca Le : 29/04/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-026025

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 :



# RELEVÉ 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
29/04/2020		Ca	2500	

Dr. Mohamed DENIAOUI  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Stomatologique  
Fonction - Estomac - Colon - Hémorroïdes - Anus  
Imm. N° 1 Sidi Maârouf  
Téléphone: 05 22 51 52 74 - GSM: 06 61 36 32 13

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

29/04/2020

215.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

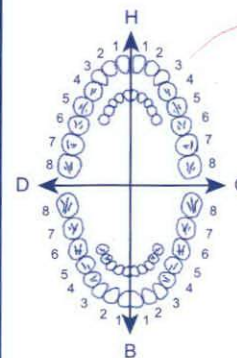
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

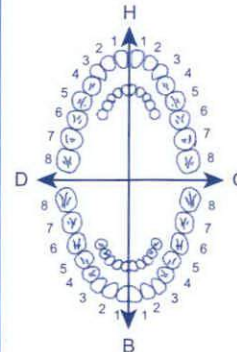
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, Estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale

Casablanca le :

0291

N° SABI R. A.

12.00

27.30

19.60 + 14.50

22.20

21.00

99.00

215.60

A.S.

A.S.

A.S.

A.S.

A.S.

Retneval par

2 411 h / 1 203

Ketoder

2 411 h / 1 203

Hemo fort

2 411 h / 1 203

Wolohpam

2 411 h / 1 203

Kibana

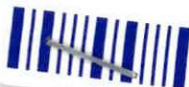
2 411 h / 1 203

fur

2 411 h / 1 203



PPV: 22DH20  
PER: 12/21  
LOT: I2960



LOT: 19142 PER: 10/2022  
PPV: 21.08 DH

Fabriqué sous licence **Meda**  
par les laboratoires **Steripharma**  
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI Pharmacien Responsable

**Hemofast**  
rommâc

19,60

19,50



P.P.V: 27DH30



KETODERM 2%  
CRÈME 10G

LOT: 19E001  
PER: 06 2022

0,122g  
0,1 - 100g

M.P.L.O.I.

LOT: 0220  
PER: JUN 2022  
PPV: 12 DH 00

FR

Extrait de GINSENG	90 mg soit 11 mg de ginsénosides
Extrait de MATÉ	67 mg soit 14 mg de caféine
Extrait de GUARANA	130 mg

Conseils d'utilisation:

Diluer le contenu de l'ampoule dans un verre d'eau ou de jus de fruits. Prendre 1 ampoule par jour, de préférence le matin, pendant 20 jours en période difficile ou 10 jours pour le maintien de sa forme.

Un léger dépôt est normal, bien agiter l'ampoule avant utilisation.

Teneur élevée en caféine (14mg/ampoule), déconseillé aux enfants de moins de 15 ans et aux femmes enceintes ou allaitantes.

EN

GINSENG extract	90 mg i.e. 11 mg of ginsenosides
MATE extract	67 mg i.e. 14 mg of caffeine
GUARANA extract	130 mg

Instructions for use:

Dilute the content of the vial in a glass of water or fruit juice. Preferably during the morning in shape of the vial. High caffeine content. Not recommended for children under 15 years old and mothers.

19505 1022

LOT PER

Prix 99,00