

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 : № P19- 0007301

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0769

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

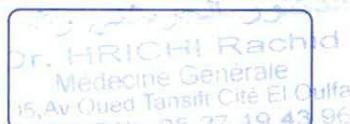
Nom &amp; Prénom : NASSI RAHAL Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Culfa Gpe "N" Rue 133 N° 47

Tél. 06 21 79 66 07 Total des frais engagés 200dh + 7911,30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/2020

Nom et prénom du malade : NASSI FATHIMA Age : 1953

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète T.

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 : 08/06/2020 CASABLANCA Le : 08/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

## **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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/06/2020      | 9                 |                       | 2000 DHS                        |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE DE LA WILAYA</b><br><b>ZEKRI Abdellati</b><br><b>Doktor de Pharmacie</b><br><b>222, Bd. Oued Mokuya - El Oued</b><br><b>Tunisie Tel : 06 22 90 51 12</b> | 05/06/20 | 225.230               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### **Important :**

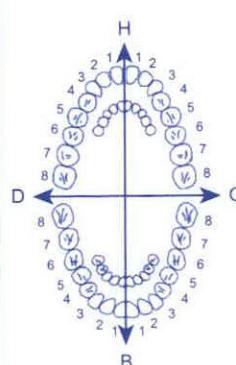
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|   |                      |                      |   |
|---|----------------------|----------------------|---|
| D | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | G |
|   | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 |   |

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HICHÉI Rachid

M. 769

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa – CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96



الدكتور الحريري شيد  
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24)، مجموعة  
حي الألفة - الدار البيضاء  
الهاتف: 0527 19 43 96

Casablanca, le .

08/06/2020

الدار البيضاء، في :

Mme

NASSÉ

FATIMA

091076893

PHARMACIE DE LA MULAYA  
ZEKRI Abdellatif  
222, Bd. Oued Tansift, Casablanca, Tel. 05 22 96 51 13

92.00 x 6  
(19)

- AMAXEL A'S mg

1cp x 2/j

(68x1).

TH 03mois

35.00  
(29)

ADO 1000.



1cp/j Andi

TH 03mois

40.00  
(3)

profenid A'S Suppo

1Suppo/j - osqij

54.00  
(4)

rimactan 10 mg

1cp/j

6500

Dr. HICHÉI Rachid  
Medecine Generale  
295, Av. Oued Tansift, Cité El Oulfa  
Casablanca, Tel. 05 27 19 43 96

21.50x5



Aspegic 100



فلاحي

18/3

undi

III 03/05

T = ٢٥٢.٣٠

~~PHARMACIE DE LA WILAYA  
Zerka - Al Andelati  
Docteur en Pharmacie  
222 Av. Oued Bouya - M'oulla  
Casablanca - Tel : 05 22 90 51 13~~

~~الدكتور الحسيني  
Dr. HACI Ch. Rachid  
5, Av. Oued Tansilat El Oulfa  
M'sa - Tel : 05 27 19 43 5~~

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH90



3F1AP

41,70

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

LOT : 19E005  
PER : 06/2021

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

LOT : 19E005  
PER : 06/2021

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

LOT : 20E006  
PER : 06/2021

P.P.V : 21DH80



PER : 06/2021

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



valable 3 mois

Le 08/06/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

H.R.Chi'ragui. 091076893

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NASSI FATMA

Présente

Diabète type I avec diabète Insuline.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Amareli 8ug 10x25  
Addo 4000 1cp/j } 03 mois  
Aspergic 100 1sp/j }

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Mle 769