

## 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.

### 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.

### 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 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

N° W19-577053

54800

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8365	Société : 2A7		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAZIA ABDELLAH			
Date de naissance : 04-01-1964			
Adresse : 125 - RUE 13 - BP 1010 ENERRABII - EL OULFA - 066123376			
Tél. : 0522204545	Total des frais engagés : 1000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HAJJAJI SANAA Age: 46 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : my loss due to gout.			
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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Ates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/01/2015	Consultation	1	550,00	INP : 453646 B

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
K-HAL OUTAR	21-11-2020	408,30
CHAMPS SAINT-PIERRE - 0522605300		
CHAMPS SAINT-PIERRE - 0522605300		
CHAMPS SAINT-PIERRE - 0522605300		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET CHAIRES					
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'ODF.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
			INP : <input type="text"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>			
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>			
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
			H	<input type="text"/> 21433552	
			D	00000000	<input type="text"/> 00000000
			B	35533411	<input type="text"/> 11433553
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			

Docteur Khadija BENJELLOUN EL BOURY

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة خديجة بن جنون البويري

الطب العام

الفحص بالصدى

Boulevard Bourgogne - 1er étage n°2

Résidence Al Machrik 1

Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

شارع بورگون - الطبق الأول الرقم 2

إقليم المشرق - الدار البيضاء

تلفظ : 05 22 26 12 50

## ORDONNANCE

Casablanca,

25/12/2020

87,30 D<sup>m</sup> = HAJJA JI SANNA

1) Dermophis SVrem - 2g  
Sapphbetri / s

2) loceryl . Vernis à vernis à  
321,00 Sapphbetri / s  
408,30

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV:321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1.27182 Bouskoura-Maroc



61118001 070381

PHARMACIE AL QUARD  
S. CHALAK Haj Nassar  
Docteur en Pharmacie  
55, Avenue Seddou - El Oulemia  
Tél: FAX : 05 22 90 53 45  
CASABLANCA  
ICQ : 001541468000057

Doctor Khadija Benjelloun El bouri  
Bd Bourgogne - 1er étage n°2  
Résidence Al Machrik 1  
Tél: 05 22 26 12 50