

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Biologie 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 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- 0042015/8943

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ABAOYSS Noureddine

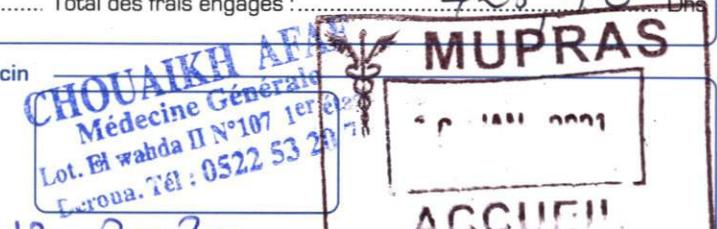
Date de naissance :

Adresse : Bloc R n° 16 D 200 JA BERNARD

Tél. 06 68 44 47 40 Total des frais engagés : 425,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2020

Nom et prénom du malade : Abouousse Zineb Age : 22 A

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Anémie - *bon sang bilis aigre*

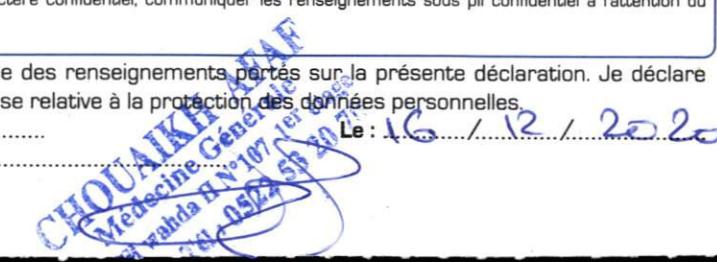
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 16 / 12 / 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
16/12/20	C	.	1200 dr	CHOUAIKH APAF Médecin Générale El Wanda II N°107 1er étage 5222 53 20 70

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 :**

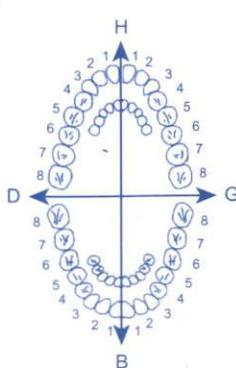
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR. Chouaikh AFAAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

107, تجزئة الوحدة II، الطابق الأول  
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le 16-12-2020 الدروة، في

Zineb Abaouss

40,50 x 3

1 - Tanely few

15,30 x 2 lyp x 2

2 - Octamine

69,60 1yp \* 2

3 - Riaee en

10pp \* 2

4 - T silax

2 stij

305,40

PHARMACIE OULHAKEM  
Dr. OUAFAF  
Bleu P. N° 107  
Tél: 05 22 53 20 70

CHOUAIKH AFAAF  
Médecine Générale  
El Wahda N° 107  
Deroua, Tel: 0522 53 20 70

S V

PHARMACIE OULHAKEM  
Dr. OUAFAF  
Bleu P. N° 107  
Deroua, Tel: 05 22 53 20 70

(2 BT)

Gel 1/2

2/3

3/4

4/5

5/6

6/7

7/8

8/9

9/10

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

P.P.V. : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

P.P.V. : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

P.P.V. : 40,50 DH

69,60

200415  
08/2024  
84,00

