

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Souscriptions 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.

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.

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

63155

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6622

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

6224ki MINA

Date de naissance :

21/06/1966

Adresse :

81 Rue Moussa Bencha Nausan

Tél.

0661314394 Total des frais engagés : 1853 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumia KASSAI AMRAI

Medicine Générale

Certificat de Gynécologie Médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de Diététique

Diplômée en Echographie

116, Rue Ennahas Nahoui (ex. Peivoux)

El Jadida - Casablanca - Tél/Fax : 0522 22 22 11

**MUPRAS**

4 MARS 2021

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/03/2021

## 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
20/03/2019	G		150 DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Mme EL KHALI Rue D'ABDERRAHMANE BP 2225 28510 CASABLANCA Tél : 03 65 22 25 28	12/10/2013	123456

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

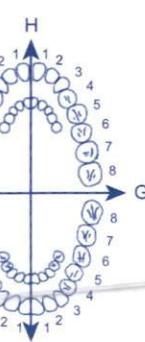
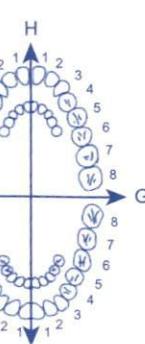
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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**

الدكتورة سمية قباج العمراني

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G Glycémie

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التغذية و الحمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التخطيط الكهربائي للقلب

و التحليل السكري

Casablanca, le :

05/03/2021

الدار البيضاء:

56,60

Mme Ezzaki Ep Ezzaki Mina

DEROXAT 20 CP

1 comprimé le matin pdt 03 mois

STILNOX

1 comprimé, le soir au coucher, pendant 03 mois

METFORMINE WIN 850mG

1cp 2x/j apres le repas (pendant 03 mois)

INEXIUM 40 CP

1cp /j le matin & jeûn pdt 14 jours

NEOFORTAN 160

1 comprimé 2x/j

BIRODOGYL cp

1cp 2x/j

ZINASKIN CP

1cp 2x/j pdt 07 jours

زنقة النحاس التحوي (يلفو سايقا) - المغاريف - الدار البيضاء - الهاتف و الفاكس: 05 22 23 32 41

116, rue Ennahas Nahoui (ex Pelvoux) - Maârif - Casablanca Tél/Fax: 05 22 23 32 41

56,60

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubir binou al aouam roches  
noires casablanca  
**INEXIUM**  
40 mg Cpt GR  
Boîte 14  
841150MP/21NRQ P.P.V:142,10 DH  
6 118001 020607

**STILNOX 10MG**  
CP PEL SEC B20  
P.P.V :56DH60  
6 118000 061465

**METFORMINEWIN 850MG**  
CP PEL B30  
LOT : 20E008  
PER.: 03 2023  
P.P.V :17DH10  
6 118000 062134

**METFORMINEWIN 850MG**  
CP PEL B30  
P.P.V :17DH10  
6 118000 062134

**METFORMINEWIN 850MG**  
CP PEL B30  
P.P.V :17DH10  
6 118000 062134

**METFORMINEWIN 850MG**  
CP PEL B30  
LOT : 20E014  
PER.: 08 2023  
P.P.V :17DH10  
6 118000 062134

**NEOFORTAN® 160 mg**

PPV 98DH80  
EXP 05/2023  
LOT 04044

ID : 645125  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

**STILNOX 10MG**  
CP PEL SEC B20  
P.P.V :56DH60  
6 118000 061465

**METFORMINEWIN 850MG**  
CP PEL B30  
LOT : 20E013  
PER.: 07 2023  
P.P.V :17DH10  
6 118000 062134

**BIRONOGYL**  
CP PEL B15  
P.P.V :102DH00  
6 118000 060567

ID : 646135  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

ID : 646135  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

**ZINASKIN®**

PPV 40DH90 EXP 12/2022  
LOT 90054 1

ID : 645439  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

ID : 645439  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

ID : 646135  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

56,60

56,60

56,60