

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## Médecine 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

Reclamation : 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 caractére 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° P19- 0007883

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4336 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : MAOUN Youssef Date de naissance : 11/2/55  
 Adresse : Bloc 101 N° 46 charaf Agdal  
 Tél. : 066.1238350 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2021

Nom et prénom du malade : MAOUN VANESSA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19- 0007883

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).

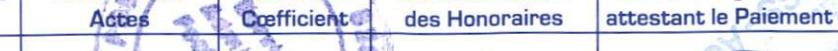
Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

#### **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
22/09/21	CS	1	150,-	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.02.21	245,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

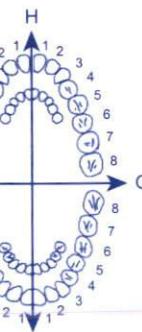
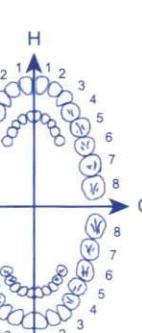
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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

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 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
				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



أكادير  
AGADIR

Agadir, le : le 42.02.2021.

Mme MAJN VOLKAS

SERVICE DES  
URGENCES  
24/24

- \* Cardiologie
- \* Gastro-Entérologie
- \* Pédiatrie (Neonatalogie)
- \* Dermatologie
- \* Endocrinio - Diabétologie
- \* Pneumo - Physiologie
- \* Ophtalmologie
- \* Anesthésie - Réanimation
- \* Urologie
- \* Chirurgie Viscérale et digestive
- \* Coelio - Chirurgie
- \* Gynéco - Obstétrique
- \* Traumato - Orthopédie
- \* Neuro Chirurgie
- \* ORL
- \* Biologie Laboratoire
- \* Radiologie

CENTRE  
D'HEMODIALYSE

①

Proctofel

Suppo  
Crème

SI

②

Dufostm 500

2 gel x 31 j pdr

3 j

pis 1 gel x 31 j

SI

URGENCES  
05 28 82 58 18

Consultation RDV  
05 28 82 59 66

6 118000 100041



30 comprimés pelliculés

daflon® 500 mg

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
mm-ZEAMAO, Lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France



٥٠٠ ملجم

١٢٢, ٦٣٠ ٥٠٠

# daflon® 500 mg

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

30 comprimés pelliculés

#### Composition :

Fraction flavonoïque purifiée micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- phénol : 500 mg pour la quantité correspondante de la fraction flavonoïque.
- phénol : 90 pour cent.
- flavonines exprimées en hesperidine : 10 pour cent.
- Excipients : q.s.p. un comprimé.

#### Indications thérapeutiques :

- Troubles de la circulation veineuse,
- Crise hémorroïdaire,
- Varices et varicosités,
- Insuffisances des valves veineuses,
- Les malpositions des varices.

Ne pas laisser à la portée des enfants

119



30 comprimés pelliculés

 daffion® 500 mg

SERVICE MAROC  
LES LABORATOIRES SERVIER - France  
S.M.M., ZEACO, Lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

 SERVIER

**دانون®** 500 مللي  
فاصا ملسا  
جزئيات الفلفلون بعد الديقة المثقة

**dafilon® 500 mg**

### Fraction flavonoïque purifiée micronisée

30 comprimés pelliculés

### **Composition:**



**الاستطبابات**  
الاستطبابات الدوران الوريدي،  
دواء البراسيتر.

**Ne pas laisser à la portée des enfants**

122, 30



N° IPP : 583656	N° SEJOUR : 210008388	<b>FACTURE N° 2102002296</b>				DATE D'ENTREE : 22/02/2021		DATE DE SORTIE : 22/02/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE :						
MALADE : MAOUN, Vanessa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MAOUN, Vanessa						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
% / Dh	MONTANT						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
CONSULTATAION DE MEDECIN.		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 20177 DR SOKORI KAOUTAR (HEMATOLOGUE)				TOTAUX :	150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :						PLAFOND PC :				ACOMPTE:		
CENT CINQUANTE DHS						REMISE :	0.00	REGLE :	150.00	AVOIR :		
						RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 22/02/2021		EDITEE LE : 22/02/2021		PAR: GUERMO		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA		N° DE POLICE :						DATE AT :				
Règlement à effectuer à l'ordre de :						POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR						
BANQUE :						BMCE - AGADIR						
N° compte bancaire :						011.010.0000.01.210.00.60686.03						

