

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

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ntaire :

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 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : 24168

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE Khadija

Date de naissance : 10/08/60

Adresse : Wadi El G. N° 11 4<sup>e</sup> quartier hsp. Taxis

Tél. 06 61 99 33 61

Total des frais engagés : 730,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumia DHAMRAOUI  
Médecine Générale  
Echographie  
13 Bd Marrakech 23 65 98  
Tél. 05 22 20 45 45

Date de consultation : 07/05/2021

Nom et prénom du malade : MAZIANE Khadija Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cystite aigüe + Colopaphtie

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) :



**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0003016

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

#### 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
07/05/2021	C	61	150 DH	Dr Soumia CHAMIA Médecine Générale Tunisie Sfax Sfax 33 85 99 Signature Dr Soumia CHAMIA Signature Dr Soumia CHAMIA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
07/05/2021	07/05/2021	580,20 DHS

## 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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the anterior midline and 8 at the posterior molars. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'C' points to the right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the center of the arch.

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SIGNÉ PAR PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca  
Médecine Générale  
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء  
الطب العام  
الفحص بالصدى

Berrechid, le 07/05/2024 برشيد

MAZIANE Khadija

126,30 1) Augmentin 1g 50c  
1 50c x 2 1/2 after

61,50 x 2 2) Mobic 715 mg (2B)  
1 45 mg

66,80 x 3 3) Flammagine crème (2B)  
1 after x 2 1/2

96,00 4) Belmagel 20 gel  
1 gel 1/2 le matin à jeun

47,20 5) Trimedat gel  
1 gel x 2 1/2 after

54,10 6) Larmabak 0,9% Colllyre  
1 gtt x 2 1/2

13, Bd de Marrakech, Hay Kadiri  
Berrechid Tél : 05 22 33 65 99

13، شارع مراكش، حي القادرية  
05 22 33 65 99 - الهاتف

LOT : 90,00

EXP :

PPV :

PPV: 61DH50

PER: 01/23

LOT: J089



PPV: 61DH50

PER: 01/23

LOT: J088



LOT : 1166

UT. AV: 06-25

P.P.V : 47 DH 20

Le collyre contient 7.1 mg/ml

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPM : 54,10 DH

Produit par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : J. Cheikh Lahou

6118001 100651

Barcode for the third product

Sur ordon

REPECTER LES DOSES PHARMACIE

PPU: 126,30 DH

LOT: 644288

PER: 09/21

