

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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 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 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](http://www.mupras.com)

M 1049  
74147

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1049

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT MERIM Brahim

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

Habtielle

Tél. : 0689629854

Total des frais engagés : 352,60 f. 20,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2021

Nom et prénom du malade : AIT MERIM Brahim

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : opér d'une cataracte

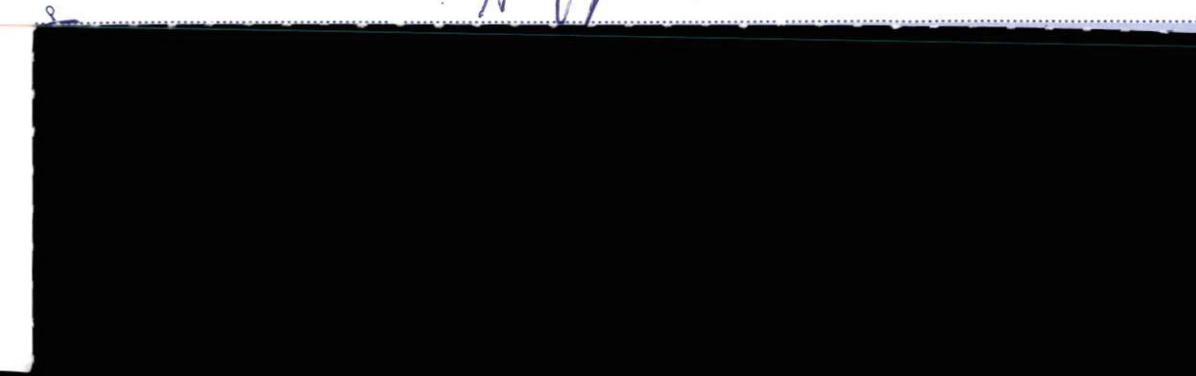
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



### 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
01/06/2021	CS		50	
21/05/2021	CS		0	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAFA	21/05/2021	20, W
63, Bd El Youssfi	01/06/21	352,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

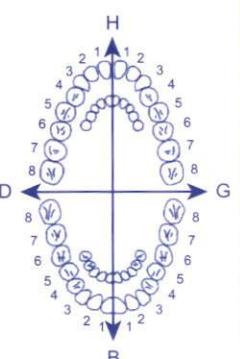
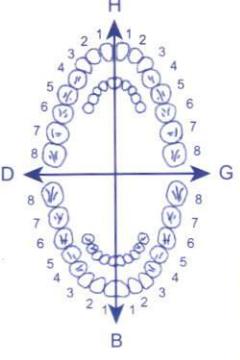
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
	B 35533411			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## ORDONNANCE

Casablanca le ..... 01/06/2021 .....

NOM : AIT MERIM  
PRENOM : BrahimIl opéré a partir de ce jour

## 24,60 1°) FRAKIDEX (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

## 74,80 2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

1 cp x2/j pdt 05 jours

## 99,00 3°) PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin et soir

Il opéré après 07 jours

## 77,10x2 1°) DEXAFREE (col

1 goutte x3/j pdt 07 jours

1 goutte x2/j pdt 07 jours

1 goutte x1/j pdt 07 jours

352,60

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURSNB : NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES  
GLAUCOMATEUX

pharmacie EL MOSTAKBAL

CHIRIB Abdelladi

PHARMACIEN

63, Bd Erfoud Hay El Mostakbal  
Ain Chock Casab 20150

+212 (022) 22 29 76

544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

+212 522 50 15 15

+212 522 29 66 00 / 60

Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862

+212 522 86 46 18

+212 522 86 46 21

ICE N°: 00228119400046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 86 46 19

+212 522 86 46 20

COOPER PHARMA  
LOT : 201041  
PER : 07 - 2023  
PPV : 74,80 DH

Spectrum<sup>®</sup> 500 mg  
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081456

C190006

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml



Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml



Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

HER MEDIC

PPC

99.00 DHS

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 24,80 DHS  
ANM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT /

فبراير

05-2020

FAB /

فبراير

04-2022

EXP /

فبراير

04-2024

H8147

فبراير

05-2020