

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## 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 réeducations.

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 064260

85/AS

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406

Société : R.A.O

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL BJAOUNI RACHID

Date de naissance :

16/06/1976

Adresse :

Res. Andalousse 3. El e 3. Apt 40  
la gironde Casa

Tél. 06 96 54 45 96

Total des frais engagés : 599,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

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 :

Le : 21/09/2021

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
13/09/2021			2500	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/21	349,35

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	
H	25533412   21433552	G	00000000   00000000
D	00000000   00000000	B	35533411   11433553
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*Dr. Souad CHRAIBI*

Diplômée de la  
Faculté de Médecine de Nancy

Ancienne Attachée du CHU de Nancy  
Spécialiste  
en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée en Stérilité du Couple (PMA & FIV)

Maladies des Seins - Echographie

Chirurgie Gynécologique

Cœlio - Chirurgie

Tél. : 05.22.23.23.26

Yofolvit®  
200/400 mg  
28 comprimés

الدكتورة سعاد  
خريب  
طبيبة ملحة  
اختصاص

عقم الزوجين - امراض الشדי  
الفحص بالصدى - الجراحة النسائية  
الجراحة بالمنظار الداخلي

الهاتف : 05 22 23 23 26

Casablanca, le

13/09/2011

الدار البيضاء في

42,20

no

Sa

42,20

- Cacibix 70mg

- Reddane

98,80

- Neo foltan 16

56,30

1 GPX 2618



NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 03/2024  
LOT 12019 2

40,50

- Janne laupla



71,00

- Tardyferon



PH.  
Dr. K.O.  
Andalous  
et Carbone  
Tel.

349,30

Dr. SOUAAD CHRAIBI  
Spécialiste  
Gynécologue  
et Obstétricienne  
Casablanca - Maroc  
Rés. GOLD 1er Étage N° 74 Angle Av. Stendhal & rue Montaigne  
Tél. : 05.22.23.23.26 - 06.23.11.95.66 - 06.61.18.01.45



6 118001 103041  
Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amin DADI

Tardyferon®  
Fer  
80 mg

30 قرصاً ملمسياً  
30 comprimés pelliculés



6 118001 103041  
Tardyferon® 80mg

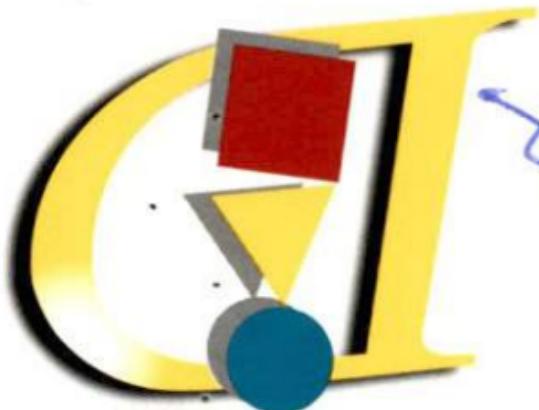
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amin DADI

108, Rue Prince Parent, Casablanca, Maroc.  
Les laboratoires ERGO MAROC



Vitamine D3

Cholecalciferol 25 000 UI

# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56\_30 HD

LOT: 21A28D

EXP: 01/2023