

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

## **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.

## **Prothétique :**

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

603d

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0009004**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2818 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Moutaki Najma Date de naissance :

Adresse : RESIDENCE AL MOKHALED Bousgiam El Ma 8.N.13

Tél. : 0661880701 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
BENTALBA Touria  
Centre de Santé Echographie  
Med Bouzla - Résidence Ferhat  
Touria - 1002  
Centre de Santé Echographie  
Touria - 1002  
Centre de Santé Echographie  
Touria - 1002

Date de consultation : 13/10/21

Nom et prénom du malade : MOUTAKI Najma Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

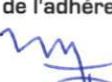
Nature de la maladie : Mylose Verte vacat

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) : 

## 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
13/12/2011	C		18000	 Dr. BENTALBA Jouria Générale de Médecine et d'Urgence Centre de Santé de Jemaine 13/12/2011

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CARNOT Dr. BEN YOUSSEF Laila , Rue Jasaf El Barmaki Casablanca - Tél. 05 22 63 86 57	13/10/2022	390.10

## **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 de

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Touria Bentalla

Médecine Générale

Echographie

Pathologie du Col de L'Utérus (DIU)

Ancienne interne des Hôpitaux de France



الدكتورة ثورية بنطالبة

الطب العام

الشخص بالصدى

أمراض عنق الرحم (النساء)

داخلية سابقاً بمستشفيات فرنسا

PHARMACIE CARNOT Casablanca, le  
Dr. BENJELLOUN Laila  
15, Rue Jaafar El Barmaki  
Casablanca - Tél. 05 22 63 86 57

13/10/12

PHARMACIE CARNOT

Dr. BENJELLOUN Laila  
15, Rue Jaafar El Barmaki  
Casablanca - Tél. 05 22 63 86 57

MM MOUTAKI

Najma

1,390.10

27.30 - Dermafix heim 100g 7.50 les 15

10.30 - Gyno. Peray 7.50 ov 1 (30) 10/10 30

76.20 - canaffula 7.50 150 ml (30) 14/16 fem pd, 30

98.00 - Alcasten 7.50 salut 10.00

58.50 - MegasPen 160ml 7.50

شارع محمد بوزيان إقامة فرحتين المفروج 9 الطابق 4 في السلامة قرب أسيما - البيضاء - الهاتف : 05 22 56 79 02

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine Imm 9, 1<sup>er</sup> Etage, Hôpital à côté de Acima Casa, Tél.: 05 22 56 79 02

AM73 - 0823

LOT PER

Prix 98.00

70,30

Dermofix® crème Sertaconazole

PROMOPHARM S.A.



Gyno Pevaryl 150 mg

3 ovules



Megasfon 160 mg

Boîte de 20 comprimés



LOT : X609  
UT. AV : 03-23  
P.P.V : 58 DH 30

20 comprimés orodispersib

CANAFLUCAN 150mg

boîte de 4 pélulis

6 118000 091646

LOT : 8001  
UT. AV : 01-23  
P.P.V : 76 DH 20

LOT : 21004  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 76 DH 20

97,30

Flacon n°elle : 250 ml

3 160929 900991

Fabriqué par  
LABORATOIRES JUVA SANTÉ  
8, RUE CHRISTOPHE COLOMB,  
75009 PARIS