

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

### 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

N° W21-651624

ND: 98461

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société : Dyon

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELAMINE EL HADIR

Date de naissance : 1926

Adresse : Ville Verte Résidence Molok 1 Boite 5 Kous  
El Hadir El Hadir @ com

Tél. : 06 61 61 61 61 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 DEC 2021

Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HADIR

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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) :

### VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-651624

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 :



RELEVÉ 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
				 INF : 022 90 70 88

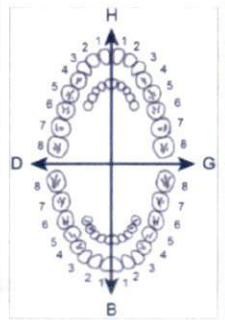
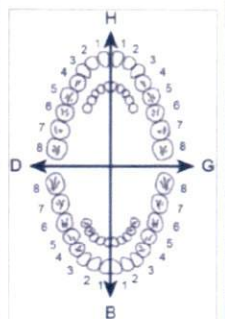
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/22	609,90

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur Saïd AZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

Casablanca, le :

15 DEC 2021

الدار البيضاء، في :

Tamim

1 q à mudi

2. Predur 20

420

3 q à mudi

3. Mazon x

1 q x 2/7

4. Dilt 500

1 cc x 3

5. Cardioaspirin

1 q à mudi

LOT N°:

UT. AV :

P.V (DH) :

4200

(no acheté)

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com

TPSV

6 - Couplés  
 $\frac{109,70 \times 5}{548,50}$  1-2-1

x 30ms

S.V  
 S.V

7. Antigonales

19,40  $\frac{1}{2}$  13/11

609,90

الدكتور سعيدة الخزولي  
 طبيبة  
 قلب  
 ماريلا - الخزولي  
 الهاتف: 022 90 110 89  
 2 90 97 86

ANTIBIO SYNALAR

19,40

صيدلية الخضر  
 PHARMACIE GREENTOWN  
 DE MARI AZENAR  
 Green Town  
 022 90 5253 59



**CONTIFLO®** 

PPV: 109DH70

Chlorhydrate de Tamsulosine

**CONTIFLO®** 

**30 Gélules  
à libération  
prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC

**30 Gélules  
à libération prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**



**CONTIFLO®** 

PPV: 109DH70



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC



**CONTIFLO®**

Chlorhydrate de Tamsulosine

**30 Gélules  
à libération  
prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**

**30 Gélules  
à libération prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**



**CONTIFLO®** 

PPV: 109DH70



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC



**CONTIFLO®**

Chlorhydrate de Tamsulosine

**30 Gélules  
à libération  
prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**

**30 Gélules  
à libération prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**



**CONTIFLO®** 

PPV: 109DH70



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC



**CONTIFLO®**

Chlorhydrate de Tamsulosine

**30 Gélules  
à libération  
prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**

**30 Gélules  
à libération prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**





**CONTIFLO®** 

PPV: 109DH70



**SUN**  
PHARMACEUTICALS  
MOROCCO LLC



**CONTIFLO®**

Chlorhydrate de Tamsulosine

**30 Gélules  
à libération  
prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**

**30 Gélules  
à libération prolongée**

**Voie orale**

**0.4 mg**

