

# 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0036292

☒ Maladie *Maladie* ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2582* Société : *RPM*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *103807*  
Nom & Prénom : *Houari Abderrahmane*  
Date de naissance : *01/01/1946*  
Adresse : *90, Feridouna Nouv Amira*  
*M. Abdellah / EL Jadida*  
Tél. : *0672835137* Total des frais engagés : *859,50* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. GUEROUAL Youssef*  
*Médecin Généraliste*  
*Résidence Bourda Inamcable A 1er Etage*  
*N°1 Boulevard Mohamed V*  
*El Jadida*  
Date de consultation : *04/02/2022*  
Nom et prénom du malade : *Houari Abderrahmane* Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : *Bronchite*  
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 : *El Jadida* Le : *13/02/22*  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
04/09/22	C		14,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/12/22	199,90
	11/12/22	523,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

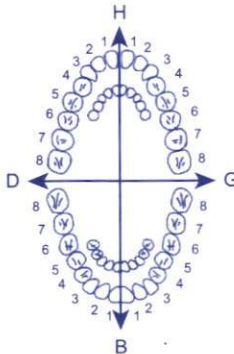
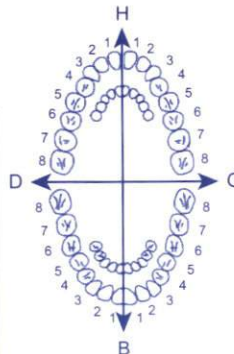
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom : Hour Le : 11/02/2022

Abderrehmane

1) Tigr Men

299, m

88, kg

o p dr / mais

2) Zadry

67, 20

3) lange 30

69, m

4) Docuox sirop

125 x 3/8

523,60

PHARMACIE Moderne  
Dr. ANRAB KHALIL  
St. LOUIS 720  
SIDI BOUZEID

Dr. GUEROUAL Youssef  
Médecin Généraliste  
Résidence Dounia Immeuble A 1er Etage  
Boulevard Mohamed V  
21 12 Etage

شارع محمد الخامس إقامة دنيا عمارة A رقم 1 الطابق الأول (عيادة الدكتور كحيل سابقا)

⑨ Résidence Dounia Immeuble A 1<sup>er</sup> étage N°1 Boulevard Mohamed V

(Ancien Cabinet du Docteur Kahil)

☑ 05 23 37 15 15 GSM ☑ 06 73 74 48 72



Nom : Houari Abderrahmane 04/02/2022

79,10 1) Iovanic 100  
180 J 1st 5 jour

39,90 2) Exo - u

40,10 3) Sea

36,40 4) Kopred 20  
3 cp le matin et 4 J

شارع محمد الخامس إقامة دنيا عمارة A رقم الطابق الأول عيادة الدكتور كروال يوسف (سابقا)

📍 Résidence Dounia Immeuble A 1<sup>er</sup> étage N° 1 Boulevard Mohamed V  
(Ancien Cabinet du Docteur Kahil)

☎ 05 23 37 15 15 GSM ☎ 06 73 74 48 72

30

لا زرين

لانسوبرازول

كبسولات ممتدة  
الفعول 30 ملغم

كبسولة 28



Lanzen® 30

Gélules à libération prolongée 30 mg  
28 gélules



6 118000 330431

67, 20

**Zadryl®** 10 mg  
Cétirizine

88,40

30 comprimés enrobés sécables

**Zadryl®** 10 mg  
Cétirizine

30 comprimés enrobés sécables

**POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc  
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

إيكام  
يفوسفات ريزين

5 ملغ

ICAM® 5 mg ○

14 Comprimés pelliculés



14 قرصا ملبسا  
عن طريق الفم

AFRIC-PHAR

11

LOT

EXP

212030

01/2023

PPV:40DH10

# Exomuc<sup>®</sup>

acétylcystéine 200 mg

Granulé  
sans sucre  
30 sachets



L 01 20006  
PER SEP 22  
PPV 39DH90

39,90



ملغ 500

5 أقراص مغلفة قابلة للإنكسار

عن طريق الفم



لوڤازينك®

ليثيوفلوكساسين



79,13 €

LOVANIC 500 mg

5 comprimés pelliculés sécables SOTHEMA



سوتهما  
SOTHEMA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الليلة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد

# كوبريد<sup>®</sup>

بريدنيڙولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصا فوار

20

PHARMA 5

LOT : 4392  
UT. AV : 10-24  
P.P.V : 36 DH 40