

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

## Informations 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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 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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081562

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 509

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : Hamed Khaïd El Djazai

103743

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : .....

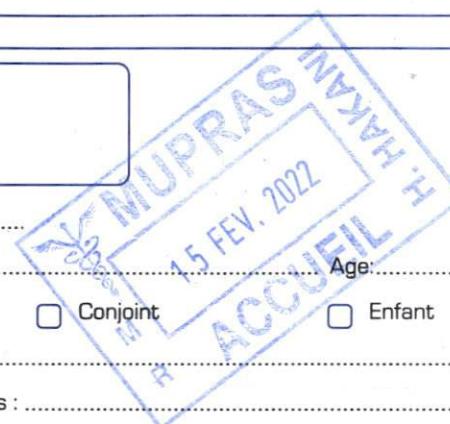
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060350

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 509 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Venue de Khattabi Brahim

Nom & Prénom : Moumen Khaoudorij

Date de naissance : 11/11/1963

Adresse : Lot. MY Thami, impasse L n°15 Oulfa  
Gaza

Tél. : ..... Total des frais engagés : 622,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. RACHOUI Loubna  
Lot. Moulay Thami N°6 Oulfa  
Tél.: 05 22 93 11 25*

Date de consultation : 19/02/2022

Nom et prénom du malade : Moumen Khaoudorij

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

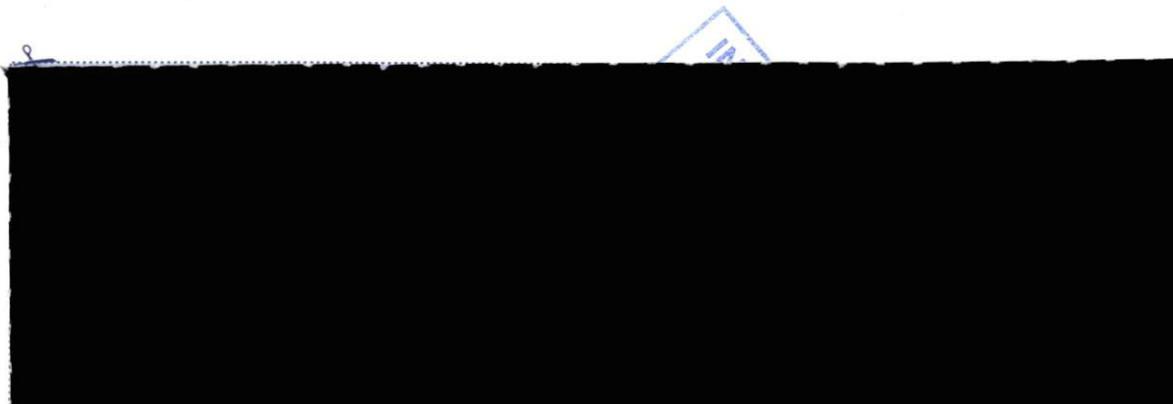
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
11/02/2022	g	1500	Dr. SACHOUI Loung Dr. Abdulay Thamijoune Quila Tel.: 06 22 23 11 25	

Chacut et signature du Me  
ttestant le Paiement des  
dettes  
Dr. RACHOU Loutaud  
Loc. 1001 Thammasat Univ.  
Tel.: 02 223 11 35

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur en Pharmacie FRANCE HH 24 - Lot MY THANH CASA - OSA - OSA - OSA	11.02.22	472,00

## Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Docteur en P.  
FRANCE

## **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
		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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Loubna RACHOUI

Médecine Général-Echographie

الدكتورة لبني عشوى

الطب العام - الفحص بالصدى

دبلوم أمراض السكري من جامعة مونبولي

دبلوم جامعي في أمراض النساء ومتابعة الحمل

دبلوم أمراض السمنة والتغذية من جامعة مونبولي

Diplôme de Diabétologie de la Faculté Médecine Montpellier

Diplôme Universitaire de Formation Complémentaire en Gynécologie et

Obstétrique en Médecine Générale

Diplôme en Diététique Médicale de la Faculté Médecine Montpellier

Casablanca le: 11/02/2022 الدار البيضاء في:

For Youmen Ichououi

97,60 x 3

Circonference 20



30,70 x 3



1: Le 84

3m

2 Keratologie 75

87,35

15

3m

3 Docteur en France

Dr. RACHOUI Loubna  
Tel: 0522931125  
Lot Mly Thami N° 6 - 1<sup>er</sup> Etage Rond-point George - Oulfa -Casablanca  
الدار البيضاء - المغرب - Tel: 0522931125

جزءة مولاي التهامي رقم 6 الطابق الأول مدار جورج - الألفة - الدار البيضاء

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70  
PER.:05/2023  
LOT:21E009  
6 118000 061847

PPV: 97DH60  
PER: 11/23  
LOT: K3127-2

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70  
PER.:05/2023  
LOT:21E009  
6 118000 061847

CIVASTINE® 20 mg  
Simvastatine  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 041733

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V:30DH70  
PER.:05/2023  
LOT:21E009  
6 118000 061847

PPV: 97DH60  
PER: 11/23  
LOT: K3127-2

CIVASTINE® 20 mg  
Simvastatine  
30 Comprimés pelliculés

PPV: 97DH60  
PER: 11/23  
LOT: K3127-2

CIVASTINE® 20 mg  
Simvastatine  
30 Comprimés pelliculés

6 118000 041733

10/17/207  
E 2  
87.30

Dermofix® crème  
Sertaconazole



PROMOPHARM S.A.



6 118000 240259