

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **aire :**

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.

## **die 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**

Nº M21- 0034827  
*(107021)*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 829X

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFT

YOUSSEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 103,- Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/01/2022

Nom et prénom du malade :

CHAFT GHAFI

Age : 17

Lien de parenté :

Filière

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Dermatologique

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 : Casab

Le : 09/03/2022

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
18.01.22	C	5	350DH	 <b>Dr. Khalid LAMNIAI</b> DERMATO-VENEREOLOGUE Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelwadid Boutaleb Casablanca Tel: +212 90 04 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE AYMANE</b> <b>AGUEDACH KAMAL</b> Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Burger, Résidence Talbi III, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 69 21	10/1/22	153.30

## **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DENTITION	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1-16) on a coordinate system. The axes are labeled D (left), G (right), B (bottom), and H (top). The circles are arranged in four concentric rings. The numbers are as follows:

- Outer ring: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Second ring from outside: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Third ring from outside: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Innermost ring: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

### **(Création, remont, adjonction)**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles

**الدكتور خالد المنجعي**

إختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

Casablanca, le

**18/01/2022**

الدار البيضاء، في

**Mr CHATT GHALI**

**ASCABIOL**

*1890*

3 JOURS DE SUITE SUR TOUT LE CORPS SAUF VISAGE A LAISSER 12 HEURS ET RINCER

**DIPROSONE CREME (ZONES DE GRATTAGE)**

2 FOIS PAR JOUR PENDANT 10 JOURS

*39,50*

1 FOIS PAR JOUR PENDANT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PENDANT 10 JOURS

**AERIUS CP**

1 CP PAR JOUR PDT 1 MOIS

*109,60*



**PHARMACIE AYMANE  
AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21

*Dr. Khalid LAMNIAI  
DERMATO-VENERELOGUE  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd. Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca  
Tel. 0522 90 04 17*

*أبريل ٢٠٢٢*

# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

30 comprimés  
pelliculés



أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملبستة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص  
ملبستة

LOT : 091  
PER : MAI 2023  
PPV : 102 DH 60

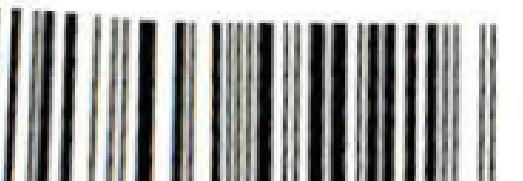
# Ascabiol®

Solution à usage externe  
150 ml



أنبوب 30 غ

DIPROSONE 0,05 %  
crème



6 118000 050216

دِيْرُوزُون® 0,05% كريم

بيتا ميتازون  
للدهن فقط

LOT : 134  
PER : JUN 2024  
PPV : 32 DH 50

