

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056436

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMMOR Mohamed

Date de naissance : 30 Novembre 1946

Adresse : 23 Rue Golfe du Bengale Ainhab CASAB

Tél. : 0661340776 Total des frais engagés : 39.12 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/04/2022

Nom et prénom du malade : AMMOR Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Hémor. Art. 12/12 fouch.

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 : CASABLANCA Le : 22/04/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

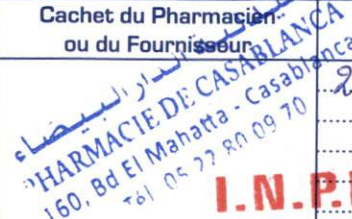
**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
21/04/22		2	200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>I.N.P.E</b> <b>092017300</b>	22-04-2022	200,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

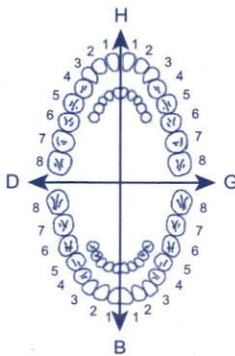
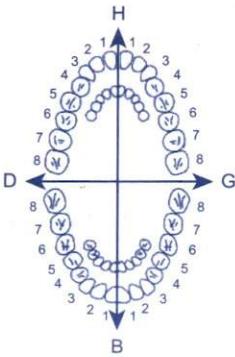
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Nadia R. CHAOUI**  
**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des Maladies des Os, des Articulations,  
des Muscles et de la Colonne Vertébrale  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Ancienne Anochée des Hôpitaux de Montpellier

**الدكتورة نادية الشاوي**

إختصاصية في أمراض  
الروماتيزم - العظام - المفاصل  
العضلات و العمود الفقري  
خريجة كلية الطب بمونبلييه (فرنسا)  
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات مونبلييه

Casablanca, le : 21/04/2022 : الدار البيضاء، في:

Dr. AMMOR Mohamed

89,00

29, Ceftriaxone

200 mg

(S.V)

(204)

1/2

200 mg

37,00

20,

Doxol

1 gel x 21,

(S.V)

28,00

2,

NITAVET Rik

1/2 x 21,

(S.V)

38,00

10,

OMEGEN

(S.V)

13,00

50,

1 gel

AL Gil

(S.V)

206,00

1/2 en cas de douleur.

صيدلية الدار البيضاء  
'HARMACIE DE CASABLANCA  
160, Bd El Mahatta - Casablanca  
Tél 05 22 80 09 70

الدكتورة نادية الشاوي  
Docteur Nadia R. CHAOUI  
RHUMATOLOGUE  
Bd. Abdelmoumen - Rue Abou Marouane Abdelmalek  
Abdelmalek Rés. Hicham - 2ème Etage  
Tél.: 05 22 86 45 87 - Casablanca

شارع عبد المومن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء  
Bd, Abdelmoumen - Rue Abou Marouane Abdelmalek - Résidence Hicham - 2ème Etage N° 5 - Casablanca

المحمول: 06 67 04 75 53 - GSM: 05 22 86 45 87 - هاتف العيادة



13,80

VITANEVIRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 180593

ALGIK<sup>®</sup> 500 mg+50 mg  
16 comprimés

6 118000 070016

25x34x79  
8

PPV  
LOT  
PER



28,80



DUOXOL 500mg/2mg  
20 comprimés

6 118000 120735

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés  
علبة من 20 قرصا

37,00

Lot. :  
Exp. :

89,00

10002678

CELEBREX<sup>®</sup>  
200 mg  
10 GELULES

6 118000 250081

10  
كبسولات

OMEGEN<sup>®</sup> 20 mg  
14 gélules  
6 118000 130024

PHARMA

38,00

