

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-804007

167845

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12281

Matricule : ..... Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : R. MATI MOUHSINE

Date de naissance : 11/03/1978

Adresse : PARC PLAZA EL ENNI N° 6

Tél. : 0661157533

Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Dr AGOUMI Saloua  
Neurologue  
249, Résidence El Mansour "4"  
Appt 4, 2<sup>e</sup> Etage, Bd Yacoub  
El Mansour Casablanca  
Tél: 0522 39 84 38

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du patient : R. MATI MOUHSINE

Lien de parenté : El Mansour Casablanca  
Tél: 0522 39 84 38

☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

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.



# 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
02/06/23	C3		300DH	INP : 091193406 Dr AGOUMI Saloua Neurologue 249 Résidence El Mansour "4" Appt 4, 2° Etage, Bd Yacoub El Mansour, Casablanca Tél: 0522 39 84 38

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSALAM MOHAMMEDIA S.A. L. A.U. Aswak Assalam, 114 Avenue Hassan II Mohammedia Tél: 05 28 32 76 62	02/06/2023	546.70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

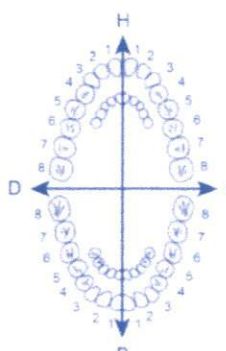
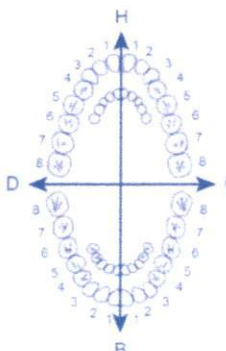
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>25533412 00000000</td><td>21433552 00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000 35533411</td><td>00000000 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	D	25533412 00000000	21433552 00000000													
	G	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

# VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Dr. Saloua AGOUMI

Spécialiste des maladies du  
Système Nerveux Central et  
Périphérique



NEUROLOGUE

د. سلوى أڤومي

اختصاصية في أمراض الدماغ  
والجهاز العصبي

Casablanca le : 02/06/2023 في الدار البيضاء

M<sup>re</sup> MOUHSSINE RMAIL.

59,30  
1)

Brescin efb

54,00

2) Lcp a midi x 10jr  
Mydoflex 150mg

3 x 28,80

3) Lcp 0 - Lcp 5 x 10jr  
Ltanerwil Fort

3 x 21,00

Lcp x 3/5 x 01 mois  
Lyrucal 75mg

Lcp le soir x 01 mois

PPV

LQT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

Lyrca® 75 mg - 56 gélules  
PPV: 307,00 DH



6 118001 170678

GTIN: 06118001260850

LOT: 4048

MFG: 09 2022

EXP: 09 2025

PPV: 94Dhs00



Pharmacie IMJOURA S.R.L.  
C/da da Rua da Indústria, 10  
4400-000 Vila Verde, Portugal  
N.º de Registo: 123456789  
N.º de Identificação Fiscal: 1234567890