

# 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051919

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

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

Nom & Prénom : **RHOUMAM DAMIA**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03 OCT 2023**

Nom et prénom du malade : **RHOUMAM DAMIA** Age : .....

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

Nature de la maladie : **HTA**

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) : .....



# 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
03 OCT 2023	C		1000H	<p>دكتور محمد خبيب بن علي</p> <p>601 - طريق مولاي عبد الحاميد</p> <p>(فرقة) - حي الحسني</p> <p>مارولا - الحي الدار البيضاء</p> <p>الهاتف: 2 90 97 66 00 - 027 90 73 48</p> <p>IPNF: 091069666</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

<p>DR. MUKHADDAMINA</p> <p>44 Farah 2 - Casablanca</p> <p>03 / 10 / 23</p>	03 / 10 / 23	892,50
--	--------------	--------

# 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


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

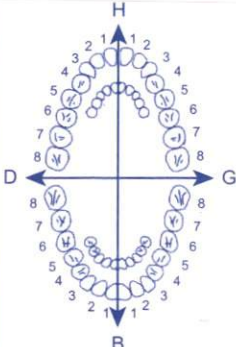
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

					Coefficient DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
						FIN D'EXECUTION	

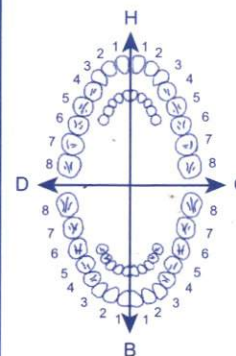
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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



Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير في الطب الشرعي

Casablanca, le :

03 OCT 2023

الدار البيضاء، في :

269,00 x 3

Coverium 10/5



x 3/6 kes

1 cycle Omaticu

57,50

2 - Hydroxo

1 cycle



3 - Lacciflex 10

1 cycle x 2/4

27,00

4 - Flivan

1 cycle x 2/4

avant

892,50

الدكتور سعيد الغزولي  
طبيب محلف  
خبير في الطب الشرعي  
60 - طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - هاي Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500

DR. MUKHAD AMINA  
N° 4 Imm. 7 Ouled Azouz  
Al Farah 2 - Casablanca



**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 09/2025  
LOT 20001 1

FORMULE

LOT: 01923002  
PER: 02/2028  
PPV: 27.00 04



کوفیرام® 5 ملغ / 10 ملغ حبات  
بھارت دھریل آر جی سین / املو دھریل

**ام 5<sup>®</sup> ملغ / 5 ملغ حبات**

**یرام® 10 مغ / 10 مغ حبّات**  
ل ارجمنین / املودیپین

**COVERAM®** 10mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130092

كه فیرام® 5 ملغ / 10 ملغ حبّات  
ن / املودیپین

**COVERAM® 10mg/5mg**  
périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130092

**10 ملغ / 10 ملغ حبات**  
أملوديبين

اقرأ بدقة هذه النشرة  
تأخذ هذا الدواء. لأنها

- احتفظ بهذه النشرة فقد تحتاج لتسند إليها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى أسأل الطبيب أو الصيدلاني.

الحمد لله الذي جعلنا من عباده الصالحين

Pr **C**

Učenci se u skladu s odredbama Zakona o zaštiti osobnih podataka i slobodi pristupa informacijama mogu žaliti na nadležne organe.

**WE**

30 c

...g nini  
...m

prim

01-01-2020

5mg  
ipine

**Figure 1**

\_\_\_\_\_

பெரிய அளவுக்குள்ளே

پیشہ ورانہ تعلیم کے شعبہ کے تحت

30 6/17/05

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_