

# 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.

## 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.

## Dentaire :

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.

## Déclaration de 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017145

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 034171

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : L'AGHARAB ABDELKADER

Date de naissance :

01/01/1936

Adresse : Villa aux Dernières Nouvelles Bld. G. G. 10

Tél. : 06 33 19 75 18 Total des frais engagés : 130,00 - 100,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LEMRACHAR Noureddine

42, 1<sup>er</sup> étage Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

10 OCT. 2019

Date de consultation :

07/10/2019

Nom et prénom du malade :

L'AGHARAB ABDELKADER Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DN11 + HBP et Ballerit Abdellah

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 : DR. LEMRACHAR Noureddine

Le : 07/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : DR. LEMRACHAR Noureddine

DR. LEMRACHAR Noureddine

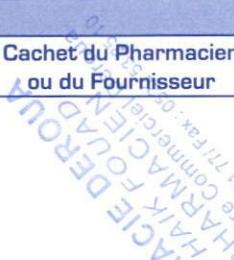
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
27/01/2013	Création	x 1	130,00



## EXECUTION DES ORDONNANCES

<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>M</b>
		



## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

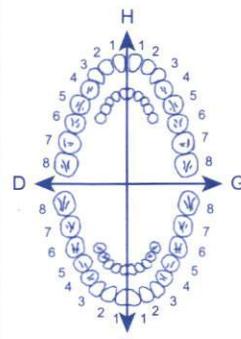
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre		
		A M	P C	U

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

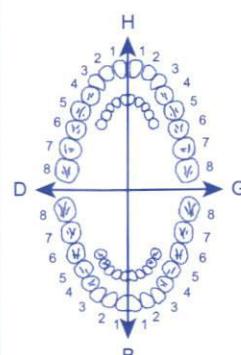
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

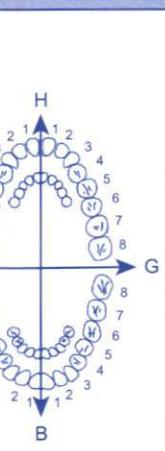
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



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

optionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE													
		<p><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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> </table> <p><b>B</b></p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>															
		CŒFFICIENT 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

Certificats de compétences :

- Gyneco obstétrique (DIU)
- Échographie générale
- Dans le traitement de la douleur

شهادة الكفاءة :

- طب النساء والتوليد
- الفحص بالصدى

Dr. LEMBACHAR Nourddine

42, Rue Bir Anzarane

Fait à Berrechid Quartier Industriel

Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

05 x 60,- C.D.A 3g (0.5) 06 x 19.50 Glycom (0.6) 03 x 76.50 = 2 03 x 141.80 le sur Antidiabetique 1g (0.3) 32.00 79.1. Clortec 1g. 03 x 141.80 le sur Antidiabetique 1g (0.3) E 1/2 Sp - 1 gr

Dr. LEMBACHAR Nourddine  
42, Rue Bir Anzarane  
Quartier Industriel  
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

86,90 METFORMIN

57,10 BREXIN

57,70 BEDELIX

Dr. LEMRACHAR Noureddine  
42, rue 7, El Jadida  
Quartier Industriel  
Tél.: 0522 33 74 30 - Berrechid

1005,60

LOT 181295  
EXP 03/2020  
PPV 86.90DH

BEDELIX 36  
SACHETS 830  
PPV 57DH/10  
1188880 016234

1 8 0 2 3  
8 C T 2 1  
5 7 D H 1 0

41,80

30 Comprimés se  
LOT: 064  
PER: AVR 2020  
PPV: 76 DH 50

LOT: 075  
PER: FEV 2021  
PPV: 76 DH 50

LOT: 075  
PER: FEV 2021  
PPV: 76 DH 50  
30 Comprimé

41,80

41,80

32,00

69,00

LOT 191517  
EXP 06 2022  
PPV 60.00

60,00

LOT 191517  
EXP 06 2022  
PPV 60.00

60,00

LOT 191342 1  
EXP 05 2022  
PPV 60.00

60,00

LOT 182110  
EXP 10 2021  
PPV 60.00

60,00

LOT 191517  
EXP 06 2022  
PPV 60.00

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT N679 PER 05/22

PPV 19.50 DH  
LOT N679 PER 05/22

PPV 19.50 DH  
LOT N679 PER 05/22

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT N679 PER 05/22

PPV 19.50 DH  
LOT N523 PER 04/22

PPV 19.50 DH  
LOT N523 PER 04/22