

# 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.

## Médecine 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

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° P19-0019279

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 687 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU SAID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668.07.11.34 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
<b>GAUCHE</b>					
<b>HAUT</b>					
<b>BAS</b>					
<b>GAUCHE</b>					
<b>HAUT</b>					
<b>BAS</b>					
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H			
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-339860	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-339860

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

687

Nom & Prénom *LARLOU SAND*

Fonction : ..... Phones : .....

Mail : .....

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

*Episode infectieux hiver*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C	C	28,-

PHARMACIE

Date 06/08/19

Montant de la facture

889,40

Pharmacie  
MOURCHID  
Dr Boudjemaa MOURCHID  
2, Bd. TABHIA - Nafis C-FES  
INPE : 142028638

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date 06/08/19

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

110,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date .....

Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	

# CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Docteur Mohammed Bouayad

Diplômé de l'Université de Médecine de Nancy-France

Spécialiste

Des M-A

l'Appareil Respiratoire

Pathologie Respiratoire

et Environnementale

Pathologie de sommeil

Respiratoire, Tuberculose -

Problème de sommeil

MEZOR® 40mg  
Esméprazole (DCI)  
28 gélules



LOT 181297  
EXP 03/2020  
PPV 215.00DH

## PLETHYSMOGRAPHIE CORPORELLE

Fès. le ..... فاس. في: .....

06/08/2019

MR LAHLOU SAID

### 1. MEZOR 40 mg gelule

01 gelule/jour, avt petit déjeuner, 01 mois

338/00

### 2. SERETIDE 500µg diskus

1 bouffée, matin et soir, 01 mois

168,20 x 2

### 3. AUGMENTIN 1g sachet

01 sachetx3/jour, au cours repas, 10 jours

889,40

Pharmacie  
MOURCHI  
Dr. Boubker MOURCHI  
2 Bd. TADHHA - Narijs C - Fes  
INPE : 14202863

ID : 608213  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 338,00 DH  
6 118001 141111

Urgence : 0661 14 72 28

38. عمارة القلمصاني، شارع محمد الخامس فاس (المتجر الجديد أو ديربي) (الفاكس: 05 35 94 06 66 / الهاتف: 05 35 93 23 73)

38, Imm. Tlemçani, Boulevard Med V - Fès

C:05 35 93 23 73/ Fax: 05 35 94 06 66

*Docteur Bouayad Mohammed  
Pneumologue  
38, résidence Tlemçani  
AV Mohammed V Fès  
Tél : 0535 93.23.73  
Fax : 0535 94.06.66*

Fès le : 06/08/2019

## **COMPTE RENDU**

Identité : Mr LAHLOU SAID

Radiographie thoracique de face :

✓ **Syndrome Bronchique des deux bases**

Signé: Dr Med Bouayad

*Docteur Bouayad Mohammed  
Pneumologue  
38, résidence Tlemçani  
AV Mohammed V Fès  
Tél : 0535 932373  
Fax : 0535 940666*

Fès le : 06/08/2019

**Facture N° : 0635/19**

Identité : Mr LAHLOU SAID

Consultation ..... : 250,00 DHTTC  
Radio thoracique ..... : 150,00 DHTTC

---

Total..... : 400,00 DH TTC

Arrêter la présente facture à la somme de quatre cents dirhams  
toute taxe comprise

Signé : DR M Bouayad

