

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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

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



Dos n° 10797.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010000

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9055 Société : .....

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

Nom & Prénom : MORABDI N° Date de naissance : 24/09/1966

Adresse : BD HASAN II SANA 30 Mohammadia

Tél. : 06 66717373 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saloua YAKINE  
Spécialiste  
en hépato-gastro-entéro  
30 Abderrahmane Serghini Imm. Bouagane  
Etage 2 1er Etage Mohammadia  
Tél : 023 31 60 60

Date de consultation : 28/10/19

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

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

Nature de la maladie : Douleur chronique

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.

02 DEC 2015

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 : 29/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : J. YAKINE

## VOLET ADHERENT

### Déclaration de maladie N° P19-0010000

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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
28/10/19	C		300,00 DH	Dr. Saloua Wazouza Spécialiste en hépato-gastro-entérologie 31 Abderrahmane Serghini Imm. Bouagane App. N° 3 1er Etage Mohammadia Alg. 023 30 29 44 Urbence 023 31 60 60

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HÔPITAL DE LA PISCINE ABDERRAHMANE SERGHINI Tél: 05 25 31 19 07	28/10/19	24890

# 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	

VOLET ADHERENT

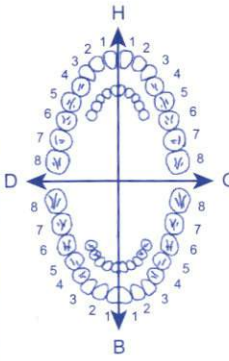
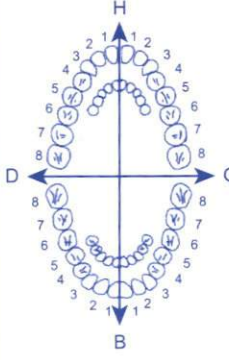
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Saloua YAKINE

## Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Foie - Vésicule Biliaire - Pancréas - Intestins

Vidéo endoscopie Digestive:

Ftbroscopie - Recto sigmoïdoscopie - Colonoscopie

Echographie Abdominale : Diagnostique et Interventionnelle

Proctologie : Hémorroïdes - Fissures - Fistules et Absès

## الدكتورة سلوى يقين

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

الفحص الداخلي بالمنظار بالفيديو

للمعدة والأمعاء

الفحص بالصدى ما فوق الصوتية

Mohammedia, le : .....28/10/2019.....

### Mme KARAMI Hakima

#### **CARBOSORB TRANSIT**

2 comprimés matin et 2 comprimés le soir après repas

#### **MÉTÉOSPASMYL**

2 comprimés, 2 fois par jour

#### **LIBRAX**

1 comprimé, matin et soir après repas, pendant 1 mois

#### **RELAXIUM 300**

1 gélule le soir après repas, pendant 1 mois

PHICIE DE LA PISCINE  
BENMISTABDUSSELAM  
RUE ABDERRAHMANE SERGHINI  
Tél: 05 23 31 19 07

**Dr. Saloua YAKINE**  
Spécialiste  
en hépato-gastro-entérologie  
Bd. Abderrahmane Serghini Imm. Bouargane  
Appt N° 3 1er étage Mohammadia  
Tél: 023 30 29 44 Urgence: 023 31 60 60

شارع عبد الرحمن السرخيني - عمارة بوركان رقم 3 الطابق الأول المحمدية - الهاتف : 05 23 30 29 44 - المستعجلات: 05 23 31 60 60

Bd. Abderrahmane Serghini, Imm. Bouargane - Appt, N°3, 1er étage Mohammadia - Tél: 05 23 30 29 44 - Urgence: 05 23 31 60 60



**METEOSPASMYL®** 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
6 118001 100293

Lot : 190294  
À consommer de  
préférence avant le : 05/2022  
PPC : 79,50 DH

**CARBOSORB®**  
Transit

LOT:19089 PER:07/2022  
PPV: 21.00 DH

LOT:19089 PER:07/2022  
PPV: 21.00 DH