

# 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.

## **Optique 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.

## **Éducation :**

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

N°  
1950

AMPL.

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0002894**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9611Société : RAN Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : El DjeddaDate de naissance : 11/02/20

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/19Nom et prénom du malade : El Djedda Anssi Jard ..... Age:Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  EnfantNature de la maladie : Rhinopharyngite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/12/19

## **RELEVE 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
01/01/14	5		<p style="text-align: right;">Gratuit</p> <p>2ème Etage N°3 Salle 101 - 0222890004</p> <p>67, Avenue Félix Faure 69000 Lyon</p> <p>PEDIATRE</p> <p>Drs. J.-Arch ZERHOUNI</p>	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ARMONTE AYMANE</b> <b>AGUEDACH KAMAL</b> quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Imer, Résidence Talbi III, Casablanca +222 59 69 21	1/12/19	272,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	-
D	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Pédiatrie Générale et Urgences
- Asthème - Allergie
- Homéopathie

Formation Spécialisée Approfondie en Pédiatrie  
de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne ( France )  
Diplôme Universitaire en Homéopathie



- أمراض الطفل و الرضيع
- المستعجلات
- الريبو و الحساسية

Casablanca, le : 04/12/19

PHARMACIE AYMAK  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3.Bis. Bld.  
Murger, Résidence Bernaben 2ème Etage N°3  
Tél/Fax: 0522 99 60

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
El Zenata Ain seba Casablanca  
Zeclear 25mg/ml gie susp buv  
P.P.V.: 98,90 DH  
E-118001 182862

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
El Zenata Ain seba Casablanca  
Zeclear 25mg/ml gie susp buv  
P.P.V.: 98,90 DH  
E-118001 182862

P = 32kg

El Idriss Amiri Joc

✓ Zeclar Syrup 250 ml ( 15 )  
98,90 Dhs 1 dose 32 kg x 21 = 180 Dhs

✓ Fitopalis Syrup enf  
See x 21 = 15 Dhs r-150

✓ Sterior Spray Nasal  
84,50 1 pul x 21 = 180 Dhs

✓ Osmolacaine 10ml  
289,30 1 dose x 2 = 578,60 Dhs

Importateur Exclusif  
Blocodex Maroc  
www.blocodex.ma  
P.P.C. 84,50 DH

2ème Etage N°3 CASA - Tel: 0522 98 16 14  
67, Avenue Al Foutarès, Bernaben