

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

Un 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## 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- 0020070

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1503** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ..... Date de naissance :

Adresse : .....

Tél. : ..... 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020070

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 : .....

## 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	.....	.....	.....	.....

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

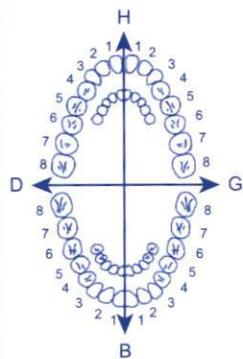
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

## VOLET ADHERENT

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

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	  <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	

**DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000

D	00000000	00000000
	35533411	11433553

**CŒFFICIENT DES TRAVAUX**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000

B	00000000	00000000
	35533411	11433553

**MONTANTS DES SOINS**

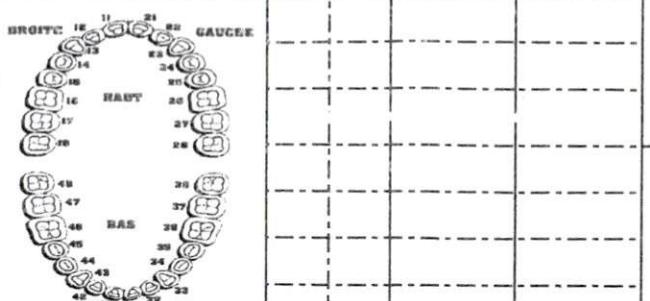
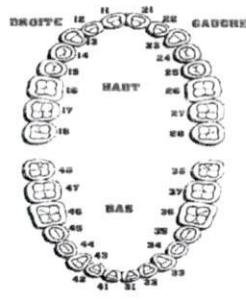
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DATE DU DEVIS**

**DATE DE L'EXÉCUTION**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>			
<b>SOINS DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
			
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire		
	H D  (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : ..... Mle		
DECLARATION N°	W18-144354		
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			

MUPRAS		W18-144354	DATE DE DEPOT
Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		...../...../201...	Par courrier
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mme 1503	
Nom & Prénom : BOUTAHER FATIMA			B
Fonction : Sans		Phones : 0698127050	
Mail : chemla.idriss.amina@gmail.com			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : 618/3/19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
diabète - HTA - sd algérien			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs		65	250 Dh
PHARMACIE		Date : 27/03/19	
Montant de la facture		399,7	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 19.03.19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
B 300		Quatre Cent Douze Dhars (412,-Dhs)	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

MUPRAS

12 JUIN 2019



**Docteur CHAOUCH saad**

**Spécialiste en Médecine Interne**

47, Av.hassan II, Im.Miramonte N° 20

TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75 - Fax.: 05 39 37 53 31

**الدكتور الشاوش سعد**

**اختصاصي في الطب الباطني**

شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونت 47

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

05 39 37 53 31 - الفاكس: 05 39 33 46 75

**INP : 161132592**

Mme Boutacher

Fatima

SV

Dr. CHAOUCH Saad  
Spécialiste en Médecine Interne  
Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
Tanger  
Tél. : 05 39 33 46 75 - Fax : 05 39 37 53 31  
Signature

1 comp / m.

pd 4 m.

$$16,00 \times 0,6 = 84,00$$

2°/ D olygoane 4 g simple

1 g 2x/j

$$46,00 \times 0,2 = 92,00$$

III

3°/ Digestine

135,00 Dr. CHAOUCH Saad

49 Eudex 500 mg

Spécialiste en Médecine Interne  
Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
Tél. : 05 39 33 46 75 - Fax : 05 39 37 53 31

Dr. CHAOUCH Saad m.  
Spécialiste en Médecine Interne  
Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
Tél. : 05 39 33 46 75 - TANGER

32,00 1 comp

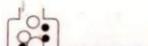
50 Diclo 50 mg

LOT : 1222  
UTAV : 10 - 20  
P.P.V : 32 DH 40

LOT: 012518 PER: 01/2021  
PPV: 75,10 DH

# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

# Digestine

Résinate de métoclopramide



TRENKER

30 gélules

Forme à action prolongée

LOT 180854  
EXP 04/2023  
PPV 46.00

LOT 180854  
EXP 04/2023  
PPV 46.00



PARACÉTAMOL

10 comprimés

# أقراص

بوريسي  
بوريسي  
10 comprimés  
مصر الكازاريان - هون لاسينج - الدار البيضاء  
البيروفي - ميديا مول

6 118000 040972

## COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

## INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

# Doliprane® PARACÉTAMOL 1000 mg

bottiya s.a.  
62, Allée des Canariines  
In Seba - Casablanca  
S.Bachouchi - Pham



56/30  
DH  
18/10/B  
09/2020

D-CURE® AMPOULE



د3 جل. 25 000 جماليك لـ

دوائي جلـ

دوائي جلـ

**Docteur CHAOUCH saad**

**Specialiste en Médecine Interne**

47, Av.hassan II, Im.Miramonte N° 20  
TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75 - Fax.: 05 39 37 53 31

**دكتور الشاوش سعد**

**اختصاصي في الطب الباطني**

شارع الحسن الثاني عمارة ميرامونط

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75 - الفاكس : 05 39 37 53 31

**INP : 161132592**

18 MAI 2013

M<sup>me</sup> Boutacher

Fatima

- calémie

- électrophores de Protide

- phosphatasé alcaline

- CPK  
=

LABORATOIRE BIODIAGNOSTICA  
ANALYSES MEDICALES  
47, AV. HASSAN II, IM. MIRAMONTE, TANGER  
TÉL: 05 39 33 46 75 - FAX: 05 39 37 53 31

Dr. DOCTEUR CHAOUCH SAAD  
Specialiste en Médecine Interne  
47, Av. Hassan II, Im. Miramonte N° 20  
TANGER  
Tél: 05 39 33 46 75 - Fax: 05 39 37 53 31

*BIODIAGNOSTICA*  
89, bd Moussa Ben Noussair  
Tel, 039-93-29-69  
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568

IF N°81457870 ICE N°001620299000091 INP N°163001852

Tanger le 19 mars 2019

Madame BOUTAHER FATIMA

FACTURE N°	2250
------------	------

Analyses :

Electrophorèse des protéines sériques -----	B	120	
Calcium -----	B	30	
CPK (Créatine phosphokinase) -----	B	100	
Phosphatases alcalines -----	B	50	Total : B 300

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 412,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Douze Dirhams

الله يصمد لملك المغرب  
L'ANNEE 1440 H 2018 M 03 D 19  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIODIAGNOSTICA  
TVA N°954100 PATENTE N° 50432914 RC N° 6820 CNSS N° 1064568  
Tel 039-93-29-69  
Fax 039-93-29-69  
Email: biodiagnostica.tn@gmail.com

LABORATORY : BIODIAGNOSTICA

Date : 22/03/19 Time: 12:14

PROTEINOPGRAMME

TOT.CONC.= 62.65 g/L

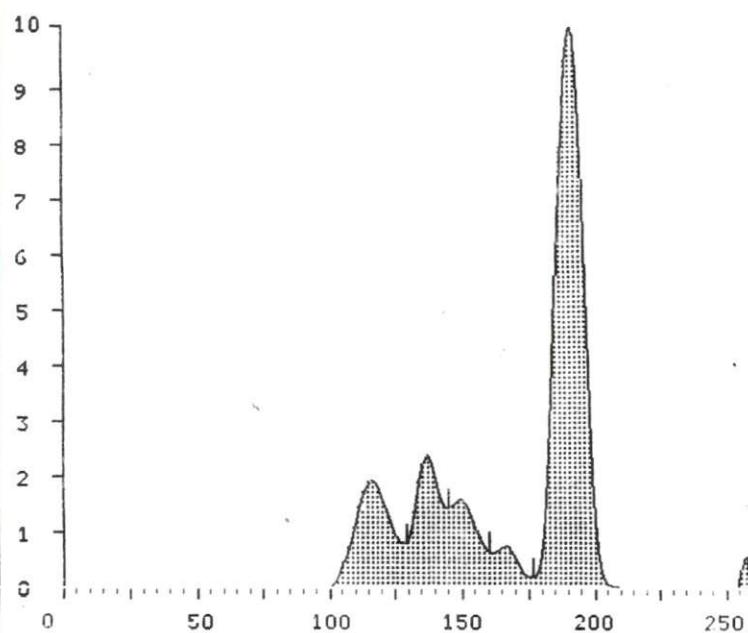
FRAC. % NORMAL

$\gamma$	14.98	12.00 - 19.00
$\beta$	12.86	8.00 - 12.00
$\alpha_2$	8.90	6.00 - 10.00
$\alpha_1$	4.15	1.00 - 4.00
ALB	59.12	57.00 - 65.00

FRAC. g/L NORMAL

$\gamma$	9.38	5.00 - 15.00
$\beta$	8.05	6.00 - 12.00
$\alpha_2$	5.58	5.00 - 11.00
$\alpha_1$	2.60	1.00 - 4.00
ALB	37.04	35.00 - 50.00

A/G= 1.45



OPERA  
REFERE

PATIENT  
REFERENCE  
785

CURUE  
REFERENCE  
3

MIGRATION  
2

