

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

## ditions 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.

## 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

PRAS 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.

PRAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **733** Société : **Jupras**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : **Reurate**  
Nom & Prénom : **Mme** **Agnes Bou Naima Né Jossi**  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : **0663 026027** 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : **23/09/2019**

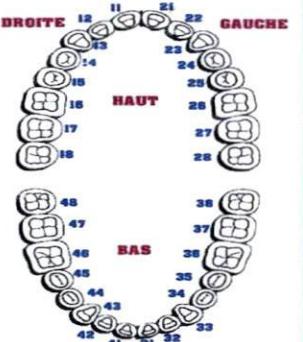
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

## Coefficient des

### Montant des soins

### Début d'exécution

### Fin d'exécution

## Coefficient des travaux

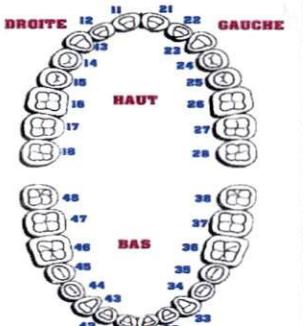
### Montant des soins

### Date du devis

### Fin de

## ODF. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire



H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

## VOLET ADHERENT

NOM : ..... Mle

DECLARATION N° W18-379538

Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
---------------	----------------	------------------------

1053,40 + 22,00

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 0433

Nom & Prénom Mme Guessous Naima M. Yoti

Fonction : Retraitee Phone : 0663 026024

Mail 103 Rue Dalla Thuya Hay Salam

MEDECIN Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age ..... Date .....

Nature de la maladie Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
------------------	---------------------	---------------------------------

PHARMACIE Date 17.08.13

Montant de la facture

1053,40  
22,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES Date : .....

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
------------------------------	---------------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX Date : .....

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le

17.08.19

Naive

1011

1965, 10  
0 x 2 Tardí feron 80 1cp x 21 J.  
168 20  
0 Argentini 1992  
S.V.  
S.V.  
1965, 10 AS y 3 10  
0 x 2 Sopcul 500 mg jans  
S.V.  
1053, 40 1cp x 2 J.  
PHARMACIE MILAD  
M. MILAD  
derrahmans  
LL  
CA  
Hospital Universitaire de  
Pt ASS

5, 40  
PHARMACIE MILAD  
Dr. Smitra MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C I L  
15-50-CASABLANCA

Hôpital Universitaire International de  
Pr. Ass. Dr. M. S. CHILAHATI  
Cardiologie

**SEPCEN 500 mg**  
10 Comprimés



6 118000 230182

LOT : 05010097  
PER : 05-2022  
PPV : 168,20 DH  
196,50

**SEPCEN 500 mg**  
10 Comprimés



6 118000 230182

LOT : 05010098  
PER : 05-2022  
PPV : 168,20 DH

196,50

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
Dr. Sidi ABDERRAHMANE  
283, Bd. Sidi ABDERRAHMANE  
Hay Salam - CITE  
TÉL: 0522.94.65.30 - CASABLANCA

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

PPV : 40,50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

# وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Foti N AIMA  
22,00 x 1

Al Cedol

74x3f} Pedro D.



Dr. Sajaa Latif  
Dr. Ghazia Khalifa bin Zaid  
Dr. Ghazia Khalifa bin Zaid  
Dr. Ghazia Khalifa bin Zaid