

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

## **ctions 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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**

Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

N° P19 0034643

Optique  Autres

MUPRAS

Maladie

Dentaire

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

Matricule : 2786

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Mme EL HOUSSE

Autre :

MAUICA

Date de naissance :

Adresse : Pole URBAIN ZONE INDUSTRIE ECONOMIQUE N° 88 Bous

NOUASSEUR

Tél. : 06 06 06 51 58

Total des frais engagés : 510,00 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 AOÛT 2019

Nom et prénom du malade : EL HOUSSE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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 : 06 / 09 / 2019

*Mehdi*

## 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
29 AOUT 2019 09 SEP. 2019	CS	1200	CS 1200	DR. PUCH AZIZA Généraliste Bolissoum EL WAHDA 05 202 57 57

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/9/19	390.90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Médecine Générale

الطب العام

Diplômé en médecine générale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

حاصلة على دكتوراه الطب العام من كلية الطب و الصيدلة بالرباط



Ancien médecin interne au CHU IBN SINA

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا

Ancien médecin interne au CHP ERRAZI de Berrechid

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الرازي ببرشيد

Tél : 05.22.51.57.51

الهاتف 05.22.51.57.51

## ORDONNANCE

Deroua, Le : ..... 09 SEP 2019 ..... الدروة في:

Mme EL HOUSSÉ MAUIKA  
 Hme El Ch. Ch. IINA Moud  
 103 FCI UMA de Rouzefurz  
 Casablanca - Tel. 0522 53 96 93

+ 78,70  
 + 44,70 = 123,40

Diamiction 60 S.V  
 rep'j le matin  
 awat le p<sup>+</sup> dejeu

28,00 = 168,00

x 6 ⇒ Gastro pase - 1600 m S.V

78,70  
 tca + 3mg. rep'j x 2 j. cys  
 repas

Lotissement Elouhada 1, N°69D - Premier Etage - DEROUA  
 Médecin Général  
 05.22.51.57.51

تجزئة الوحدة 1 الرقم 69 د، الطابق الاول - الدروة (قرب المترو الدروة)  
 aziza.ikiouch@gmail.com

D- cure fast (6 apertes)

$$49,60 \times 2 = 99,20 \text{ DH} \text{ / 15 } \text{ g}$$

pd+ 2ml

390,60

pis 1a

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

23,00

~~Dr. M. BOUAFIA  
Médecin Généraliste  
Lotissement EL WAKH  
N°69 D' Deraou  
CS 22 67 51 52~~

44,70

76,70

PPU: 49,50 DH  
LOT: 12E15/B  
EXP: 05/2022

118001 320103

Rambourisable

PPU: 49,50 DH  
LOT: 19E15/B  
EXP: 05/2022

6 118001 320103

Rambourisable

28,00

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg  
30 comprimés pelliculés



Glucophage® 1000mg  
30 comprimés pelliculés



28,00

28,00

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

30 comprimés



6 118001 130160

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



6 118000 140153

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00