

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **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.

## **que :**

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.

## **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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1855 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DELKAoui Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699169765 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

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) :

CJ

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est tenu 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	<b>Coefficient des</b> <input type="button" value="Montant des soins"/> <input type="button" value="Début d'exécution"/> <input type="button" value="Fin d'exécution"/>

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	21433552	
		D	00000000	G
			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'exécution
--	---

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
----------------	-------	-----

DECLARATION N°	W18-386185	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

**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



MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W18-386185

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 1855

Nom & Prénom DER KAOUI Mele

Fonction : RETRAITE Phones. 0699.149745

Mail DerKaoui1952.6.6.14.2.com

Signature de l'adhérent  
Signature de l'adhérent

MEDECIN Prénom du patient Der kaoui Mele

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age Date 07.09.19

Nature de la maladie Date 1ère visite

Toxi fèt alimentaire

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150.00

PHARMACIE Date 07/09/19  
Montant de la facture

249.40

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date : 11.09.19 in 26.09.09  
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires  
Bgo 130.60 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Bd Mohammed V, BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

CACHET

**Docteur Abdelhak MECHAL**

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid (Près des Taxis Jakma)  
Tél. : C. : 05 22 32 52 87  
INPE : 061098281

Nom :

Prénom :

Dekkoum  
Hassan

**الدكتور مخلص عبد الحق**

الطب العام

6 شارع العربية - حي التisser 1  
برشيد - (قرب طاكسيات جمدة)  
الهاتف : 05 22 32 52 87

Berrechid :

Abdelhak MECHAL  
Médecin de la famille  
Bd de la liberté 6  
Tissir 1  
Berrechid 32 52 87

16.30 H Dog art 8/3  
19.30 I Chas 3H art  
21 Apres de sex 2H art  
38.00 Cotri m 8/3  
31 Chas 1/1  
4/1 Me 1/1 22 art

Zola 50 Ⓛ  
 Dr. Abdelhak MIZHAL  
 Médecine Générale  
 6 Bd de la Liberté - Fissir I  
 Casablanca - Maroc - Tel: 0522 239 52 87  
 180,70



PER.:01/2021  
 LOT : 9M0028  
 DOGMATIL 0,5G/100ML  
 SOL BUV PL 125ML  
 P.P.V : 16DH30  
 6 118000 012153

**APAZIDE® 200 mg**  
 Nitrofurantoine  
 16 gélules  
 6 118000 040064

**CO-TRIM® FORT**  
 20 comprimés  
 6 118000 030195

Mébénédine Forte 135 mg  
 30 comprimés pelliculés  
 6 118000 020929



**Z-TRIM® FORT**  
 20 comprimés  
 EXP 05/2023  
 LOT 94070 3  
 PPV 38DH00

L.O.T 182773  
 EXP 12 2023  
 P.P.V 54,70  
 54,70

**Docteur Abdelhak MECHAL**

**MEDECINE GENERALE**

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid (Près des Taxis Jakma)  
Tél. : C. : 05 22 32 52 87  
INPE : 061098281

Nom :

Prénom :

*Dr. Abdelhak Mechal*

**الدكتور م歇ل عبد الحق**

**الطب العام**

6 شارع الحرية - حي التisser 1  
برشيد - (قرب طاكسيات جمة)  
الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Berrechid :

*J. 9/15*

*Tres amicalement*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
1, Mohammed V, BERRECHID  
Tél. 05 22 33 66 43

*Dr. Abdelhak MECHAL*

Médecine Générale  
6 Bd de la Liberté Tissir 1  
Berrechid - Tel. 05 22 32 52 87

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43 Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 067157875

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

**FACTURE : 67839**

**IB 36087 B**

**Nom et Prénom : Mr. DERKAOUI MOHAMED**

**Prescripteur : Dr. MECHAL Abdelhak**

Référence : 110919 020

Date : 11/09/2019

**BILAN :**

TGO B 45 + TGP B 45 +

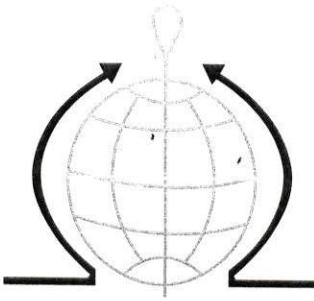
**MONTANT NET : 130,60 Dhs Soit 90 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Cent trente Dh et soixante cts*

ABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd. Mohammed V, BERRECHID  
Tél : 05 22 33 66 43

Bd. Mohammed V - BERRECHID  
Tél. : 05 22 33 66 43



شارع محمد الخامس - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 66 43

Berrechid le : 11/09/2019

CIN : B179020

Résultats complets

Édité le: 11/09/2019

Medecin Dr. MECHAL Abdelhak

**Mr. DERKAOUI MOHAMED**  
**IB 36087 B**      **RF: 110919020**

**BIOCHIMIE**

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TRANSAMINASE T.G.O (ASAT) . . .**      **19,0**    UI/l      (N : < 42)  
(Technique HITACHI 704)

**TRANSAMINASE T.G.P (ALAT) . . .**      **21,0**    UI/l      (N : < 41)  
(Technique HITACHI 704)

