

# 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.

## 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.

## Educational :

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 canaux, 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 canaux.

## 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° P19-0039173

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0338 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : A.F.I.F. FATNA  
Date de naissance :  
Adresse : JABILA 8 - 1236 HAY HASMI CASM  
Tél. : 0522901847 Total des frais engagés : 1800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 23/10/2019  
Nom et prénom du malade : Afif Fatma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : D.T.  
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 : 23/10/2019 Casablanca  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL 23/10/2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0039173  
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
Matricule : 338  
Nom de l'adhérent(e) : A.F.I.F. FATNA  
Total des frais engagés : 1800  
Date de dépôt : 23/10/2019  
Coupon à conserver par l'adhérent(e).



# RELEVÉ 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
23/10/19	CS		25000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE  
Dr. Ahma GHAFI  
Hay Raha, Algérie  
11 Bis - Bp 99 34 / 0522 39 34 31  
Fax: 0522 94 99 34

23/10/19

1550,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue      Date      Désignation des Coefficients      Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

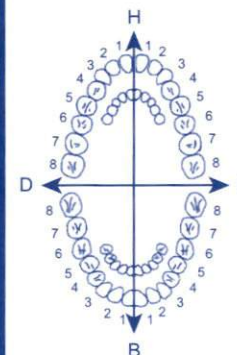
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

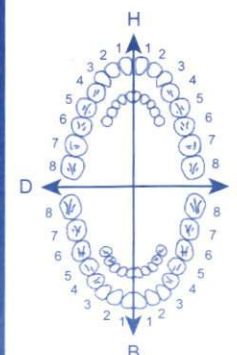
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

# الدكتورة عفان هدي Docteur Houda AFANE



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca  
Échographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد و السكري  
التغذية و أمراض الأيض  
طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء  
الفحص بالصدى

## Ordonnance

Casablanca, Le : 23/10/19 : الدار البيضاء في :

Dr Afif Fama

1) Vexigril

70027234/010414-1



JANUMET\* 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH



JANUMET\* 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

437,00 x3

2) Janumet 50/1000  
1 cp x 2 fois par jour

38,80 x2

3) Mael n  
1 c à 8h

43,00 x2

4) Glucoscan

1 cp / j

75,70

5) Zolerg collifone  
1 x 3h

1550,



ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouadi  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.: 38,80

UT. AV.:  
LOT N°  
PPV (DH) :

134 شارع الداي ونه سدي بابا(واطو و الحبشة سابقا) إقامة الصدوق الطابو  
البريد الإلكتروني : cabinetdrafane@gmail.com

134 Bd Day Ouled Sidi BABA (Ex Wateau et Habacha) Résidence Assidq 1er Etage Appt N°13  
(à Coté Maison des Jeunes Derb Ghallef) - Casablanca Tél : 05 22 25 31 12 • E-mail : cabinetdrafane@gmail.com