

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## 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.

## Maladie :

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

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° S19-0018451**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8668 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Tahar YASSE ELHADJ Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. 06 67 21 12 21 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 aura 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) : ..... ACCUEIL

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mle 8668

Nom & Prénom

TAÏOUL YASSER ELKASSI

Fonction

MAP B1

Phones

06 67 21 10 21

Mail

etairfon@royalairmaroc.ma

**MEDECIN**

Prénom du patient

TAÏOUL YASSER

Adhérent ☐

Conjoint ☐

Enfant ☒

Age

09 ans

Date

26 OCT. 2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

INFECTION

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

2

1

209000 ML

**PHARMACIE**

Date

26/10/19

Montant de la facture

228,20

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date

Nombre

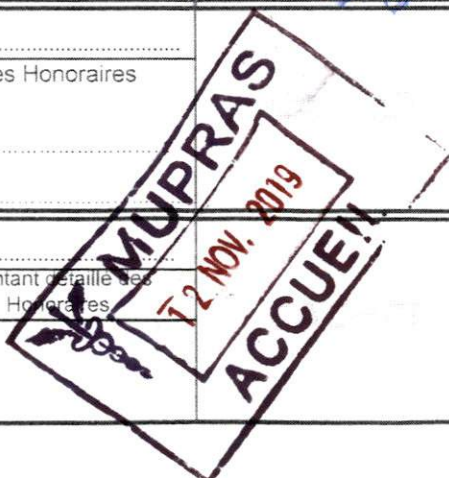
AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



الدكتور الغالي مشيش العلمي

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

PHARMACIE  
Route d'El Haddad  
240, Bd Brahim Roudani  
Tél: 05.22.23.48.42 / 05.22.98.20.17

Casablanca 16 OCT. 2019

Tafouir Yauv.

1/ Benmar

27,705 h de nuit

2/ Inoul g.



2x 79,90

3/ Chavuthi fcht cup.



10A g.

4/ 2x 79,90





12,50

Tripan Type 3



139

22,50 — 10x by 6 1/2 oz.



+ Powder 7

10x by 6 1/2 oz

T = 222,20

PHARMACIE  
Route d'El Fadida  
240, Bd Brahim Koudani  
Tel: 05 22 59 57 46

Dr. Ghalloul  
2611 01 81 81 81  
Tel: 05 22 59 57 46

PPV (DH) :  
Lot N° :  
UT. AV :

**BRUFEN®**

100 mg/5 ml Ibuprofène

**Suspension  
pédiatrique**

500 mg/62,50 mg

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

**ENFANT**

500 mg/62,50 mg

**ENFANT**

..... sachet(s) ..... fois  
jour à prendre de préférence  
au début des repas, pendant  
..... jours.

من ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل،  
Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH  
LOT: 586292  
PER: 10/20

500 mg/62,50 mg

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

**ENFANT**

500 mg/62,50 mg

**ENFANT**

..... sachet(s) ..... fois  
jour à prendre de préférence  
au début des repas, pendant  
..... jours.

من ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم  
Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH  
LOT: 586292  
PER: 10/20

موكسول  
Amoxicillin

بغون سكون

755.497.04.18