

# 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.

## 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

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 caractére 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 : 9042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Latifa

Latifa

Date de naissance : 18/06/63

Adresse : Halaline

Tél. : 0676460261

Total des frais engagés :

100+646=746 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/09/19

Nom et prénom du malade : Latifa lakied Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Céphalée intense + stalgie droite

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) :

## 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                                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 12/09/19        | CaRés             |                       | 500.00                          | Dr. Laifa ABDUJID<br>MEDECIN<br>241, BLD 231 31 77 - CSA - 77<br>TEL: 02 31 31 77 - 01 31 31 77 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DAR BOUAZZA<br>ZAHZOUR Amina<br>Dar Bouazza Ouled Jerrar BP 93<br>TAI +032229 01 74 Dar Bouazza | 12/05/19 | 646.40                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 de

| 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]**

A dental arch diagram with a coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'L' at the bottom. The arch is divided into four quadrants by these axes. The teeth are numbered from 1 to 8 in a clockwise direction starting from the upper left. The numbers are: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in the upper arch, and 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 in the lower arch. The numbers 1, 2, 3, 4 are also placed at the bottom of the arch, likely representing the wisdom teeth.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de  
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.



الدكتورة لطيفة أبوجيدة

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافيا

خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابق

حاصلة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراßبورغ (فرنسا)

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg

Casablanca, le 12/09/19.

24/09/60 - Latifa labied  
- D-cine forte 1 ampoule les 15 j. 2 fl.  
168,00 - Polydexta avec V 3 gttes x 3 j.  
168,20 - Panalgeic = 2 g x 3 j.  
168,70 - Augmentate 3 g = 2 sachet x 3 j.  
281,00 - Effortel 3 gttes x 3 j.  
169,00 - Boudrea 2 pul le per  
38,00 - Omégeur 2 gélules le soir x 14 j.  
20,00 - Lucam 1 sachet x 3 j.  
3x 0,50 - Tandifégon 80 mg 1 cp x 2 j x 3 mn  
646,40

241، شارع وادي تانسيفت - الألفة (قىالله المركب الرياضي الألفة) - البيضاء 20200 - الهاتف : 05.22.91.56.77

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa (En face du Complexe Sportif Oulfa) CASA 20200 - Tél. : 05.22.91.56.77

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH

319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40,50 DH

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

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

PPV : 168,20 DH

38,00

**Zucam**  
Granul

LOT N° :

UT. AV :

P.P.V. DH.

20,00

PPV 28 DH70  
PER 09-23  
LOT H1856

Boehringer  
Ingelheim