

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **ducation :**

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.

## **aire :**

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



## **Déclaration de Maladie**

N° P19- 0038585

NE  
31/06

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*MF. 21 881*  
**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **MLG** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : **RFTR NTFR**

Nom & Prénom : **NOUASSE** **NOUASSE**

Date de naissance : **09/12/1956**

Adresse : **HABITUELLE**

Tél. : **06 26 24 61 51** Total des frais engagés : **328,00** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

*DR. ZEMMAMA O. LOTFI*  
45, Bd. Bir Anzarane  
C. 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : 2612@live.fr

Date de consultation : **/16 JAN 2020**

Nom et prénom du malade : **Veetiqs** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **O. NOUASSE Mohamed**

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 :

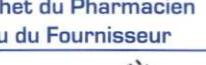
Signature de l'adhérent(e) :



## **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
4 JAN 2020	✓		150,00 Dhs	DR. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. Dr. Anzarene C : 06 22 25 03 73 M : 06 61 44 99 86 E : 22 25 13 00 22@live.fr

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/20 25/07/2022	78,10 100,- 129,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

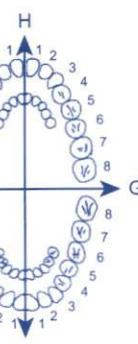
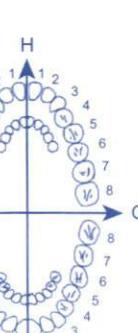
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

الدكتور زمامه عمر لطفي  
خريج كلية الطب  
بالدار البيضاء



4 JAN. 2020

78,00



M. NOUASSE

الدار البيضاء في  
 Mohamed

1) Betadasec  
1 cp 2xj (5)

2) Pedry (61)  
1 cce 3xj ( ) 34,70

3) ANAPRED 20 Dr. ZEMMAMA O. LOTFI  
45, Bd. Bir Anzarane  
C. 05 22 25 03 73  
GSM : 06 61 14 99 86  
Fax : 05 22 25 13 00  
Email : zol2@live.fr

3 cp le medecin pres de la pce 24,40

4) coquihalcon Power  
1 suppo 2xj

178,00

Pharmacie Mechdi  
A. Drissi Kaitouni  
11, n°22 25 82 89 - Casablanca

100,00

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
TEL : 05 22 25 03 73  
Fax : 05 22 25 13 00  
GSM : 06 61 14 99 86  
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزاران الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 03 73  
الفاكس : 05 22 25 13 00  
المحمول : 06 61 14 99 86  
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

# أنابرييد

Anapred 20 mg

20 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

lot: M0277  
exp: 99/2021  
pri: 40.90 DH



بردينيزولون

عن طريق الفم

قرص متحلل 20

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول

