

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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

La 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

N° W19-513087

N° = 21898

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11013</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>YAMOUNE AOUATIF</b>			
Date de naissance : <b>21 Juin 1978</b>			
Adresse : <b>16, Hassan Sole ALJADDA</b>			
Tél. : <b>0613575377</b>	Total des frais engagés : <b>1132</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR KADDOUSSI</b>  <b>Dermato Venereologue</b>  <b>Résidence My Ismail - Blok C N° 2</b>  <b>Rue My Slimane Robot Tel 20 05 79</b> </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>11/12/19</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BERICIA YAMOUNE AOUATIF</b> Age : <b>30</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Dermatite</b>			
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 : **Rabat** Signature de l'adhérent(e) : **YB**  
 Le : **18/12/2020**

#### 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
17/12/10	C	...	3.000,-	D.N.P : 17/12/2010 Residence My Ismail - Clinique Rue My Slimane Rabat Tél 2005-2

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/19	1220.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

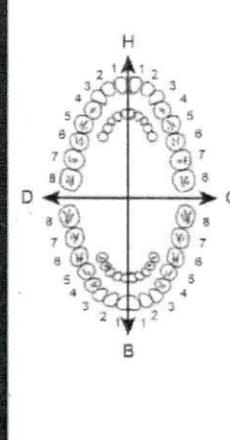
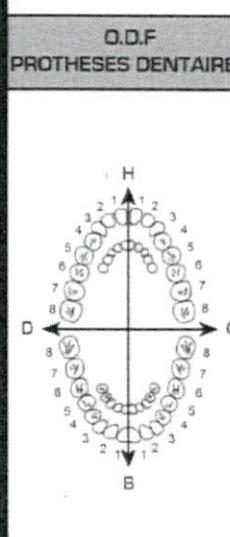
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>					
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	25533412	21433552			
	00000000	00000000			
	<b>D</b>	<b>G</b>			
	00000000	00000000			
	35533411	11433553			
	<b>B</b>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

## DERMATO-VÉNÉRÉOLOGUE

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
 Maladies sexuellement transmissibles  
 Médecine esthétique  
 Traitement laser

Rabat, le 16/12/19

Bentida Yammineanatty
~~289,00 x 3~~  
~~867,00~~ ② UNACNE  
~~867,00~~ x 3 més

~~99,00~~ ② SPASEI CICAPLAST
~~150,00~~ ③ HYLO - COMOD collip = 1 flacon
~~59,10 x 2~~  
~~104,20~~ ④ Diane = 2 flacon  
~~104,20~~ 36

~~122020~~  
 PHARMACIE AL ABBAS  
 Dr. Mohsine AL ABBAS  
 Route Ctra Hssain Ouled Hssain  
 10000 Rabat - Maroc

 DR KABBAG Nouma  
 Dermato Vénéréologue  
 Résidence My Ismaïl - Bloc C N° 2  
 Rue My Slimane Rabat Tel 20 05 79


Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE

# كوراكني 20 ملغ

## CURACNÉ® 20 mg

- ايزوتريتينوين / Isotr

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 289,00 DH



30

كبسولة لينة

CAPSULES MOLLES

نº  
BATCH:

صنع في  
MAN:

صالح لغاية  
EXPIRES:

H R U 6 8 8 1 3

1 1 2 0 1 8

1 0 2 0 2 1

Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE

# كوراكني 20 ملغ

## CURACNÉ® 20 mg

- ايزوتريتينوين / Isotr

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Curacne 20mg cap molle b30  
P.P.V : 289,00 DH



30

كبسولة لينة

CAPSULES MOLLES

نº  
BATCH:

صنع في  
MAN:

صالح لغاية  
EXPIRES:

H R U 6 8 8 1 3

1 1 2 0 1 8

1 0 2 0 2 1

6 118000 170563



Bayer S. A.

21 comprimés enrobés

Acétate de cyproterone / Ethinodiol

Diane-35



Bayer

Diane®-35



LOT N° :

5210

EXP :

PPV :

6 118000 170563



Bayer S. A.

21 comprimés enrobés

Acétate de cyproterone / Ethinodiol

Diane-35



Bayer

Diane®-35



LOT N° :

5210

EXP :

PPV :

Sans agent



## Collyre humidifiant

Compatible avec  
tous types  
de lentilles

**10 ml**  
de solution stérile  
sans phosphate  
pour voie ophtalmique

 URSAPHARM

150,00

2021-08

251276

LOT

PPC: 150 DH.

