

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Soin et Santé

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 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

Nº P19- 0047578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

(22458)

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5435

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

R. A. M.

Date de naissance :

03.03.1955

Adresse :

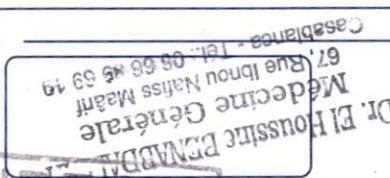
51, Rue Bou Fakir Alain

Tél. : 06 61 41 21 49

Total des frais engagés : 392,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/02/2020

Nom et prénom du malade :

R. A. M.

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

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
5-02-2023	CD	-	300,00	J. El Houssef DMD Médecin Généraliste 67, Rue Ibnou Nassir Maârif Casablanca - Tel.: 06 65 46 22 22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisieur	Date	Montant de la Facture
M. HARMACIE M. LEBBAR Khadija Vers M. Lousset Bou Brahim Route de Vers M. Lousset Maârif - Casablanca 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 21	15.2.23	192,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

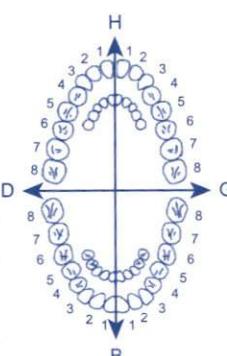
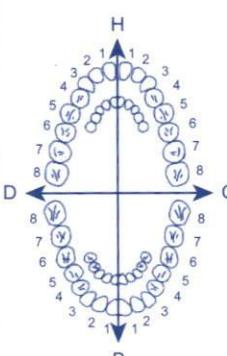
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		G														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	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'EXECUTION																



47x30x104

عن طريق الفم.  
30 فرصة.

## ملع بيتا هيسفين 24

# بيتا هيسرين



CP B30  
BETASERC 24 MG

Rachid LAMRINI, Pharmacie Responsable  
Ouled Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Mapher, Km 10, Route Côte d'Or 111,  
Fabrication sous licence par :

**Abbott**

الدواء يحتوي على ملء دوائي  
Liquidement sur ordonnance - Liste I

Respecter les doses prescrites  
الدواء يحتوي على ملء دوائي

يجب بلع الأقراص مع كوب ماء دون فضها.  
تحذيرات خاصة :  
 يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الإستعمال.  
يحفظ بعيدا عن مرأى وتناول الأطفال.  
التركيبة :  
 بيكlorوميدرات البيتا هيسفين ..... 24,00 ملخ  
ساغ بكمية كافية لقرص واحد.

FF 1,00

7 6 5 4 3 2 1

6



أوب  
أومييرازول

ملغ 20

دیفای

مثبط مضخة البروتون  
يقلص إفراز الحمض على

## 14 كبسولة صامدة لعصارة المعدة عن طريق الفم

LOT: M002  
DATE: 09/2021  
QTY: 39,000 BPH



Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واحدي صيدلي مسؤول

١٤٦-الخطابة المسماة بـ «طهان» - الدرر الفيداء

OPRA 20 mg

14 Géules

Deva Pharmaceutique

6"118000"410287

ERAUX  
ÉLEMENTS

.S



20  
CONTENUE  
ETEINNED

حصة رقم

Lot n°:

11/20

P.P.C.: 150.00 DH

تاريخ الصلاحية

Date d'Exp.

75,00