

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

## tions 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.

## macie :

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.

## ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## cation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## die 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- 0000003

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

cat

Cadre réservé à l'adhérent (e)

22918

Matricule : 12356

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

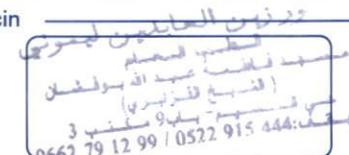
Nom & Prénom : ZEDGUI LOUBNA Date de naissance : 08/10/83

Adresse : Résidence Les Palmiers 1, Immeuble 5, Apt 5 NASSIM

Tél. : 066.91.96.79.6 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 Janv. 2020

Nom et prénom du malade : LOUBNA ZEDGUI Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

APP ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

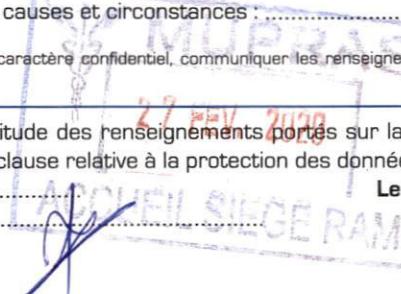
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 29/01/2020

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
29 Janv 2020	C1		130,00	0602791299 0522914 0544

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA BOURGOGNE	29.01.20	129,00

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G				
	B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

AZ 500 mg

Acéthomophénacé

Boîte de 3 comprimés

PPV. : 60,00 DH

6 118000 190097

45x20x100  
3

de M  
de Sfax Tunisie

Echographie

Electrocardiogramm

Circoncision

Doliprane® 1000 mg  
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972 100 UCEIP

100 UCEIP

1 soit 2142,9 unités Pharmacopée Européenne.

Excipients à effet notoire : saccharose, jaune orange S

A conserver à une température ne dépassant pas + 25°C.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE NI À LA VUE DES ENFANTS

BIOMYLASE® 3000 UCEIP  
24 comprimés enrobés



6 118001 200900

الطهارة

29 Janv 2020  
Casablanca, le ..... الدارالبيضاء. في

Mme, Mr LOUBNA ZEDGUI.

60,00 ₣ AZ 500

129 ₣ ji x 06p

AS

55,00 ₣ MAXILLASE 3000 ₣ BIOMYLASE 3000  
129 ₣ ji x 06p

1400 ₣ Doliprane 1000  
129 ₣ ji x 03p

03p

129 ₣

Docteur une Eulidine Loubnai  
Mosquée Fatima Abdallah Bougchane  
(KAZABRI) - Porte 9 Bureau 3  
Tél: 05 22 91 54 44

PHARMACIE  
BADRY  
CASABLANCA  
TÉL: 05 22 91 54 44

55,00

بوقشان (الشيخ القرابري)، باب 9 مكتب 3 حي النسيم. الدارالبيضاء  
الهاتف : 05 22 91 54 44

Mosquée Fatima Abdallah Bougchane (KAZABRI), Porte 9 Bureau 3 El

Tél. : 05 22 91 54 44