

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-524794

*Causer*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : LATIGUI MOHAMMED  
 Date de naissance : 01.07.1950  
 Adresse : DV EL MAGARRIB EL ARABI BGM/ DRAR N104.0050A  
 Tél. : 0536650881 Total des frais engagés : 428,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nassreddine AD  
 Médecine Générale  
 Bd. Moulay El Mehdi  
 Beni Drar Centre  
 TEL: 05.36.65.08.91

Date de consultation : 26/02/2020  
 Nom et prénom du malade : LATIGUI BENYAZIE Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 2 mg. hém.  
 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. 26 FEV 2020

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 : BENI DRAR Le : 26/02/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

# RELEVÉ 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
20.02.2010	C	01	15000	INP : 081016305

Dr. Nasraddine AYAD  
Médecine Générale  
14. Moulay Rahma  
Bordj 35.02.01

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BADR	20.02.2010	279,6

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

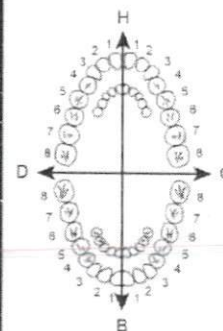
## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

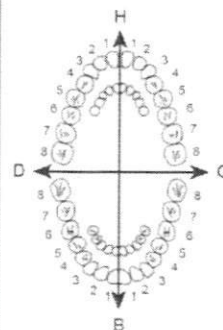
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
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



Docteur Nasraddine AYAD

Médecine Générale



الدكتور نصر الدين عياد

الطب العام

Beni Drar Le, 20/02/2020

**ORDONNANCE**

**LATIGUI MERYEME**

98DH 1 - ZAMOX 1G

- 1s , 2fois / jour, pendant 6 jours

1421024 INEXIUM 40 MG COMPRIMÉ GR 4

- 1 comprimé, 1fois / jour, pendant 14 jours

38DH50 3 - NEUTRAL SUSPENSION

- 1 couillere, 3fois / jour, pendant 10 jours

**(APRÈS REPAS)**

Dr. Nasraddine AYAD  
Médecine Générale  
Bd. Moulay Rachid  
Beni Drar Centre  
TEL: 05 36 65 02 01

Prochain RDV

الموعد القادم :

Bd. Moulay Rachid - Beni Drar Centre

شارع مولاي رشيد - بني درار

هاتف : 05 36 65 02 01

PPV: 98DH00  
PER: 08-22  
LOT: I 1883

ZAMOX® Adulte  
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
1g/125mg

12 SACHETS



6 118000 041115

PPV 38DH50

EXP 06/2022  
LOT 91028 6

Neutral®

Anti-Neutral®  
Suspension buvable 250 ml



6 118000 031710

Suspension

إينكسيوم® 40 مغ

إزوميرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Boîte 14

Cpr GR

641/150MP/21/INRQ

P.P.V.: 142.100H

118001

020607

autons particulières de  
servir à une températ  
10°C  
servir dans l'emball

Gärtunavägen SE-1



\* 3 5 5 3 3 8 9 \*